

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 211

CANCER DE L'ANSE SIGMOÏDE

PROPAGÉ A LA VESSIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 20 Mai 1924

PAR

Joseph RUSSO

*Assistant de Clinique Chirurgicale (Service du Professeur Tixier)
Université de Lyon*

né à BELGRADE (Serbie) le 19 Avril 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

CANCER DE L'ANSE SIGMOÏDE
PROPAGÉ ▲ LA VESSIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553203_0072

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 211

CANCER DE L'ANSE SIGMOÏDE

PROPAGÉ A LA VESSIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 20 Mai 1924

PAR

Joseph RUSSO

*Assistant de Clinique Chirurgicale (Service du Professeur Tixier)
Université de Lyon*

né à BELGRADE (Serbie) le 19 Avril 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales..... MM. BAND.
Cliniques chirurgicales..... ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements..... TIXIER.
Clinique ophtalmologique..... BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique..... ROLLET.
Clinique des maladies des enfants..... NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes..... LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires..... VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie..... LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie..... ROCHET.
Chimie biologique et médicale..... NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie..... CLUZET.
Matière médicale et Botanique..... HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale..... MOREL.
Anatomie BRETIN.
Histologie GUIART.
Physiologie LATARJET.
Pathologie interne..... POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales..... DOYON.
Anatomie pathologique..... COLLET.
Chirurgie opératoire..... MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie..... PAVIOT.
Médecine légale..... X.
Hygiène ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie..... Etienne MARTIN.
Pharmacologie COURMONT (P.).
X.
PIC.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe..... MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie..... CONDAMIN.
— — Chimie minérale..... BARRAL.
— — Urologie GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique..... MM. PATEL.
Orthopédie LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance..... CHATIN.
Chirurgie expérimentale..... LERICHE.
Stomatologie TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAYRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, président ; BÉRARD, assesseur ;

BONNET et DUNET J., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

A MA BIEN-AIMÉE

AUX MIENS GRANDS ET PETITS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université de Lyon

Chevalier de la Légion d'Honneur

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse et de toute la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant tout le temps passé dans son Service.

Nous lui devons beaucoup pour tous ses soins paternels pendant notre hospitalisation. Il nous a toujours accueilli avec la plus grande bienveillance, il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils si précieux. Nous le prions de bien vouloir recevoir l'assurance de notre profonde reconnaissance et nos bien vifs remerciements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse. Qu'il veuille bien accepter nos sentiments de profonde reconnaissance pour l'amabilité avec laquelle il nous a aidé de ses conseils. Nous lui adressons l'expression de notre profonde gratitude pour son enseignement clair et pratique qu'il nous montra chaque jour dans le service avec son affabilité habituelle.

A MES JUGES

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MES CAMARADES

CANCER DE L'ANSE SIGMOÏDE

PROPAGÉ A LA VESSIE

Introduction.

Les cancers de l'appareil digestif présentent un intérêt particulier, non seulement par les troubles qu'ils déterminent, au point de vue de leur localisation, mais aussi ils présentent une importance très particulière par les troubles qu'ils peuvent déterminer sur les organes du voisinage.

Les différentes formes ont été étudiées assez minutieusement, mais il reste une forme encore insuffisamment étudiée et incomplètement exposée : c'est le cancer de l'anse sigmoïde tombant sur le dôme vésical, déterminant ainsi, par cette propagation et ses adhérences, des troubles de la miction assez importants et pour lesquels les malades viennent consulter le médecin.

On essaie longtemps de guérir ces troubles urinaires, ils persistent toujours. Ce n'est, en effet, qu'un symptôme ; ce qu'il faut guérir, c'est la cause de ces troubles, méconnue, et qui se trouve intimément liée au néoplasme sigmoïdien.

C'est pour cela que nous avons pensé tenter la mise au point de cette question, essayer de donner son explication et élucider le problème dans les limites du possible. Cette connaissance est, en effet d'acquisition récente, puisque Bérard et Murard (1) ont pu écrire : « S'il y a déjà relativement longtemps que le cancer du rectum est connu et bien décrit, par contre, ce n'est que dans ces dernières années que l'histoire du cancer iliaque, mal esquissée jusqu'alors, est entrée dans sa phase de connaissance exacte ; plusieurs travaux lyonnais y ont contribué.

« Les raisons diverses que peuvent avoir ces tumeurs de retentir sur le fonctionnement normal de l'appareil urinaire n'ont cependant pas encore attiré l'attention de façon particulière. Et cependant, la possibilité de ces complications était connue de longue date ; en particulier, des observations très anciennes rapportent des faits de perforation de la vessie (Chopart, Tavignot, Barbier de Melle). En 1870, Blainquinque, dans une thèse soutenue à Paris, fait paraître le premier travail d'ensemble sur les fistules colovésicales, et rapporte quelques faits isolés. A la suite, Putignat, Harrisson Cripps, Guyon et Monod étudient la question.

« En 1897, paraît le travail volumineux de Chavanaz sur les communications vésico-intestinales chez l'homme, et l'année suivante, Tuffier et Dumont complètent cette étude en écrivant leur mémoire sur ces mêmes fistules chez la femme. A ce moment, de Bo-

(1) Bérard et Murard, *Lyon Chirurgical*, t. 7, n° 1, Janvier 1912.

vis, Pascal, puis, plus tard, Jouffray, envisagent à part les cancers de l'intestin et du rectum et donnent quelques indications sur les troubles qu'ils peuvent apporter du côté de la vessie. Enfin, Hartemann insiste sur ces troubles, et, plus récemment encore, Papin étudie les causes de l'anurie au cours des tumeurs rectales.

« En Allemagne et en Amérique se détachent les noms de Heyné, Max Well Telling. Actuellement donc, les éléments de la question sont connus ; il reste à les réunir. »

Etiologie.

Par rapport aux autres cancers et à leur propagation aux autres organes, le gros intestin, et surtout l'S iliaque viennent loin derrière l'estomac. Son cancer est même deux fois et demi plus rare que celui du rectum (Tuttle).

Les néoplasmes pelviens et leurs propagations secondaires à la vessie par continuité, au cours de leur évolution, sont relativement fréquents.

Les recherches que nous avons effectuées, au sujet des complications vésicales, à la suite d'une propagation néoplasique de l'anse sigmoïde, nous ont fourni trente-trois cas d'envahissement à point de départ de l'anse sigmoïde.

Les auteurs expliquent cette propagation, d'abord par le caractère fondamental de généralisation de ces néoplasmes sigmoïdiens, ensuite par les rapports anatomiques particuliers et assez intimes existant entre l'anse sigmoïde et la vessie.

Si nous voulons rappeler ces rapports, nous dirons que l'anse sigmoïde présente cette particularité anatomique, par rapport aux autres organes pelviens, de reposer en partie sur eux.

Chez l'homme, elle est, par sa face inférieure, au contact de la vessie ou de ses côtés, ou même quelquefois elle est en arrière d'elle ; chez la femme, elle est au-dessus de la vessie et de l'utérus ou entre les deux organes, d'où souvent, en même temps, des troubles du côté de l'appareil digestif, de l'appareil urinaire et aussi de l'utérus et de ses annexes.

Au cours de ces complications vésicales à la suite d'une propagation néoplasique sigmoïdienne, le sujet est, le plus souvent, un homme de 45. à 50 ans; au delà de 60 ans, c'est moins fréquent.

La femme est atteinte aussi, mais beaucoup moins.

L'enfant et l'adulte ne présentent guère que des cancers de l'appendicite et quelques cas de sarcome.

Donc, on peut conclure que le cancer de l'anse sigmoïde propagé à la vessie est une complication fréquente dans le sexe masculin, et si on peut représenter en chiffre son taux de fréquence, il représente 14,73 % de cancers de l'appareil digestif.

Topographie du Cancer sigmoïdien.

Pour la topographie rapide de l'anse sigmoïde et du siège du néoplasme sur cette partie du tube digestif, nous empruntons la description très claire qu'en a donnée Mathieu dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1913 (1).

« L'individualité du cancer pelvien résulte de la topographie de l'anse pelvienne du côlon, qu'il est indiqué de rappeler rapidement ici :

Le côlon descendant entre dans le bassin en croisant la crête iliaque. Depuis cette crête, jusqu'au détroit supérieur du bassin, ce segment iliaque du côlon descendant n'a pas, au point de vue clinique, d'individualité particulière. Au niveau du détroit supérieur, le côlon adhère à la paroi osseuse, d'où la gravité spéciale des tumeurs se développant à ce niveau. Puis, l'intestin se recourbe pour former l'anse oméga, de longueur diverse, et présentant, comme chiffres extrêmes, 17 à 84 centimètres.

(1) Mathieu, *Gazette des Hôpitaux*, 1913.

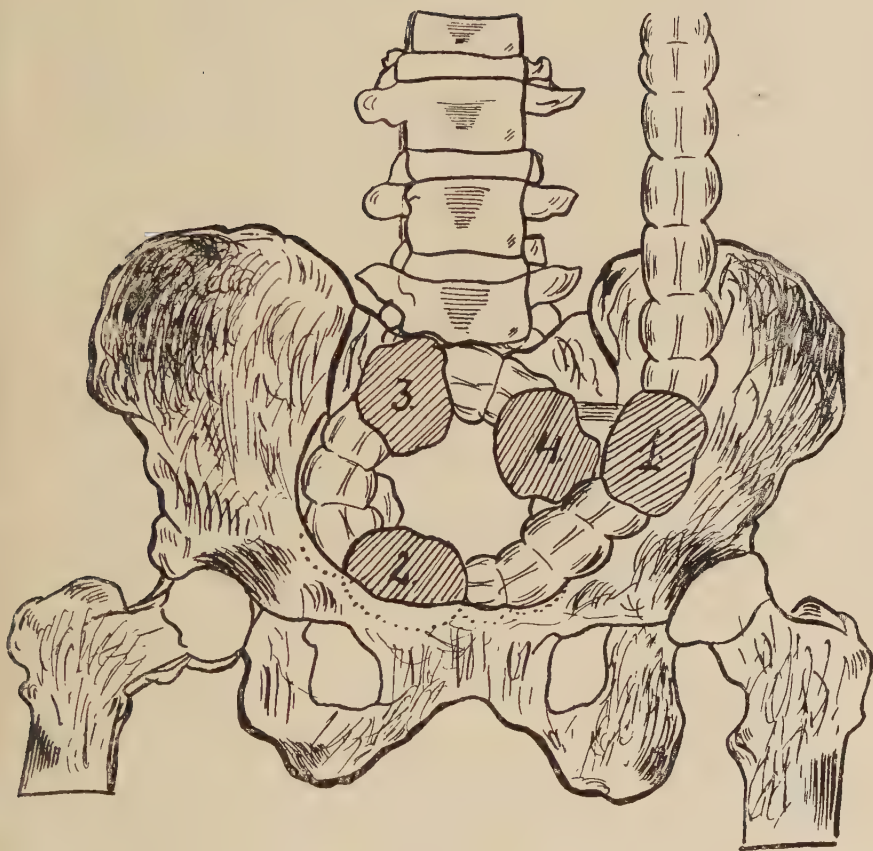


Figure 1. — Schéma d'après MATHIEU modifié.

Les zones ombrées correspondent aux points où se développe habituellement le cancer :

- 1 Union du colon iliaque et du colon pelvien ;
- 2 et 3 Sur l'anse sigmoïde flottant ;
- 4 Région du haut rectum (recto-sigmoïdien).

Il en résulte que, si cette anse est courte, elle se trouve entièrement dans le bassin ; si elle est longue, au contraire, elle sort du bassin et peut remonter jusqu'à l'ombilic, et c'est ainsi que des tumeurs de cette portion du gros intestin peuvent être prises pour des tumeurs du côlon transverse. La radiographie peut seule indiquer exactement sur le vivant ce qui revient à tel ou tel segment.

Ensuite, le côlon pelvien s'accole contre le sacrum, pour se continuer avec le rectum. Quand un cancer siège sur le côlon iliaque depuis la crête jusqu'au détroit supérieur du bassin, la sémiologie est celle du cancer du côlon descendant. Quand la tumeur siège à la partie supérieure de l'anse sigmoïde ou à la partie supérieure du rectum, les symptômes sont ceux du cancer du rectum.

Ce sont les cancers de l'anse sigmoïde proprement dite qui présentent une certaine individualité et méritent d'être étudiés à part : surtout ceux qui sont propagés à la vessie, déterminant ainsi des troubles urinaires plus ou moins importants.

Anatomie pathologique.

Généralités.

Quelle que soit la localisation du cancer sur le gros intestin, il réagit toujours de la même façon sur les tissus voisins : généralisation péritonéale, lésions ganglionnaires, extension sur le tissu graisseux et le tissu cellulaire. Ces réactions sont sous la dépendance de deux facteurs, d'une valeur pronostique absolument différente : L'INFLAMMATION ET LA PROPAGATION CANCEREUSE.

Le cancer qui évolue dans le milieu septique de l'intestin est un **CANCER INFECTÉ** ; la réaction inflammatoire est donc précoce, plus ou moins intense ; cette infection se traduit par des douleurs, des adhérences, de la suppuration. D'autre part, étudié au point de vue de la propagation néoplasique, le cancer de l'anse sigmoïde est un cancer longtemps localisé, ayant peu de tendance à se propager et à se généraliser. Les adhérences cancéreuses sont donc, par opposition aux phénomènes inflammatoires, **TARDIVES**. Par contre, elles sont définitives et envahis-

santes, tandis que les adhérences inflammatoires peuvent régresser et subir des oscillations. Grâce à cette tendance à rester longtemps localisé, le cancer de l'anse sigmoïde se propage peu ou tardivement aux ganglions. L'hypertrophie ganglionnaire est donc souvent, au début surtout, le fait de l'inflammation plus que du cancer ; et cette notion est importante, pour ne pas faire rejeter une exérèse qui pourrait, au premier abord, sembler inutile.

Donc, nous pouvons diviser les réactions anatomiques, qui en sont la conséquence, sous les deux aspects qui les caractérisent.

I. — Réactions anatomiques du cancer du côlon.

1° RÉACTIONS INFLAMMATOIRES

a) *Lipomatose périnéoplasique.* — Autour du cancer sigmoïdien, le tissu graisseux réagit, en s'œdématisant et en s'hypertrophiant. Il peut remplir le sillon de striction formé à la surface de la séreuse par le cancer en ficelle, et masquer complètement le siège du néoplasme.

b) *Adhérences inflammatoires.* — L'inflammation peut fixer de bonne heure une tumeur mobile, en établissant des adhérences pariétales ou viscérales. Ces adhérences inflammatoires sont massives, étendues, formant un bloc indistinct avec les parties voisines.

c) *Abcès.* — Rare.

d) *Adénopathies inflammatoires.* — Au moins au début.

2° PROPAGATION CANCÉREUSE

a) *Adénopathie cancéreuse.* — Les ganglions, dans ces cas, sont petits, durs, isolés, proches de la lésion. L'atteinte des ganglions paraît un peu moins fréquente dans le cancer du côlon pelvien que dans le cancer du côlon droit, d'après Clogg. Le cancer du côlon pelvien n'envahit, le plus souvent, que les ganglions marginaux (17 fois) ; quelquefois, on en trouve à la base du mésentère, mais au-dessus de l'origine de l'artère sigmoïde (6 fois). Plus rarement encore, les ganglions lombaires sont pris (3 fois). Mais, dans tous les cas, mieux vaut faire l'exérèse de tout le territoire du meso correspondant à l'anse à réséquer. En résumé, les lymphatiques suivent les artères et c'est la résection des territoires artériels correspondants qui assure l'exérèse des chaînes lymphatiques (Don).

b) *Adhérences néoplasiques.* — Le cancer peut, ayant atteint la surface séreuse, se propager directement aux organes voisins, en les faisant adhérer à la tumeur principale. Ces adhérences peuvent être pariétales ou viscérales. Une adhérence qui, *a priori*, doit être considérée comme suspecte, comporte le sacrifice de l'organe adhérent. Mais les adhérences du néoplasme de l'anse sigmoïde propagé à la vessie sont quelquefois très notables et très importantes au point

de vue de la surface qu'elles occupent, de sorte que l'inopérabilité est alors la conséquence habituelle de ces propagations. Les complications, encore qu'elles soient rares, sont les fistules côlo-vésicales. Elles ont été étudiées par Bérard et Murard, qui en ont réuni une vingtaine de cas, et qui estiment que 15 à 20 % des fistules côlo-vésicales sont d'origine cancéreuse.

On observe ces fistules surtout chez l'homme, et l'on peut distinguer celles qui sont la conséquence d'une forme inflammatoire du cancer, avec abcès qui s'ouvre dans la vessie, et celles qui résultent de l'envahissement direct de la vessie par le néoplasme. Tantôt le trajet est direct ; tantôt il existe une poche intermédiaire ; souvent, c'est un diverticule du côlon qui amorce la fistule (Heyne).

II. — Etude macroscopique du cancer du côlon.

Au point de vue macroscopique, les cancers de l'anse sigmoïde peuvent être divisés en :

1° TUMEURS UNIQUES

a) *Le squirrhe*. — Peu volumineux, *annulaire*, rétractile, si bien que l'intestin paraît extérieurement avoir été serré avec une ficelle.

b) *L'encéphaloïde*. — Tumeur volumineuse, avec végétations qui font saillie dans la lumière de l'intestin ; il est mou, friable.

2° TUMEURS MULTIPLES

Elles sont exceptionnelles. On peut alors penser qu'il s'agit, dans ces cas, de greffes. Le cancer multiple du côlon peut encore succéder à la dégénérescence cancéreuse de la polypose intestinale.

III. — Etude microscopique du cancer du côlon.

Avec Lecène, nous croyons pouvoir ramener à trois types histologiques les tumeurs épithéliales :

- a) *L'adéno-carcinome* ;
- b) *Le carcinome solide atypique* ;
- c) *Le cancer colloïde massif*.

Toutes ces formes cancéreuses sont capables de se propager à la vessie en produisant le plus souvent des fistules sigmoïdo-vésicales.

Parmi les fistules vésico-intestinales, 14,73 pour 100 sont des fistules sigmoïdo-vésicales. Dans l'intérieur de la fistule on trouve ordinairement un mélange de matières fécales, de pus et d'urine, on y a même pu trouver des corps étrangers d'origine intestinale, pépins de raisin, noyaux de fruits, etc...

Les adhérences qui fixent l'anse sigmoïde à la vessie peuvent être très faciles à détacher, ou bien au contraire elles peuvent être très solides et en cas de néoplasme en particulier une véritable fusion peut exister à ce niveau.

La vessie a presque toujours subi des modifications pendant le ravage néoplasique de l'anse sigmoïde. On note ordinairement une diminution de volume de l'organe. Cette diminution de volume tient au fait que les parois vésicales sont épaissies, indurées.

La face interne peut être lisse (cas de Bruches) ou au contraire, irrégulière, à colonnes. La muqueuse est souvent congestionnée, ulcérée par place, ce que montre souvent la cystoscopie.

Ces ulcérations peuvent être superficielles ou bien atteindre la sous-muqueuse ; dans quelques cas, elles peuvent même intéresser toute l'épaisseur des parois vésicales et établir une communication entre la vessie et le tissu cellulaire périvésical déterminant ainsi une péritonite aiguë.

Symptômes.

Les cancers sigmoïdiens propagés à la vessie ne donnent pas ou donnent tardivement des symptômes vésicaux.

L'apparition des symptômes vésicaux est le résultat d'une formation fistulaire entre la vessie et l'anse sigmoïde. Pour cela nous avons pensé qu'il sera très utile de décrire d'abord les symptômes intestinaux, lesquels se montrent en général en premier lieu et ensuite nous décrirons les symptômes vésicaux qui viennent se surajouter aux précédents.

I. — Symptômes intestinaux.

Le premier symptôme du cancer de l'anse sigmoïde est une *complication révélatrice* se traduisant par une occlusion aiguë.

DEBUT

Dans la règle, le début est progressif et se fait par des troubles fonctionnels. Ces troubles fonctionnels caractérisent essentiellement la première période de la maladie qui suivra une deuxième période de tumeur et de cachexie. La période de début peut être représentée par trois formes :

1° ANÉMIE PERNICIEUSE SYMPTOMATIQUE. — C'est une des formes habituelles — forme d'un cancer latent et surtout d'un cancer qui saigne (Mathieu-Petit et Merle).

2° FORME DYSPEPTIQUE. — Dyspepsie souvent aiguë, qui se manifeste par *des indigestions*. *Les troubles dyspeptiques* sont présentés par une pesanteur après le repas, une sensation de barre épigastrique. Cette dyspepsie peut devenir chronique ; c'est déjà la *dyspepsie stercorale de König*.

L'anorexie est habituelle pour la viande et graisse.

3° FORME ENTÉRITIQUE. — Douleurs gastriques et intestinales, constipation et diarrhée avec mucosités striées de sang, glaireuse, muco-membraneuse.

La douleur est localisée et segmentaire.

Seule la constatation de contractions intestinales péristaltiques au moment des paroxysmes douloureux sont en faveur du cancer et d'une sténose néoplasique.

ETAT

La période d'état se manifestera par *des symptômes fonctionnels*, par *des symptômes physiques* et *enfin par des symptômes généraux*.

A. — SIGNES FONCTIONNELS

1° *Constipation*. — C'est un des symptômes dominant dans un tiers des cas. Dans le cancer de l'anse sigmoïde les matières en général sont dures, ovillées, membraneuses, mais c'est un signe inconstant et infidèle.

2° *Troubles de la défécation. Ténésme*. — La défécation devient pénible, douloureuse. La sensation de besoin n'est pas supprimée, mais elle n'est pas suivie d'effet.

3° *Rétention stercorale*. — Provoque la stase et la putréfaction des matières — d'où l'irritation de la muqueuse. Le malade peut présenter une véritable *défécation par regorgement*.

4° *Réaction coliques*. — « Ce sont des phénomènes réflexes à point de départ colique ou sigmoïdo-rectal, qui se traduisent surtout par des vertiges, des nausées, des vomissements et quelquefois par des syncopes qui surviennent chez les constipés au moment d'une débâcle intestinale succédant à une période de plusieurs jours de rétention fécale. » (Mathieu.)

5° *Diarrhée*. — Elle peut aussi s'associer à la constipation, ainsi s'établissent ces *alternatives de constipation et de diarrhée*.

6° *Les selles*. — La présence d'éléments anormaux : sang, pus, mucosités ou glaires, fragments de tumeur, est fréquente, importante, et doit être vérifiée et précisée.

B. — SYMPTOMES PHYSIQUES

1° *L'inspection*. — Nous aide à constater le *météorisme*, les *mouvements péristaltiques*. Signe de l'obstacle en évolution, dans la continuité de l'intestin. Le tout s'achève avec un bruit intestinal caractéristique, *glou-glou, gargouillement, syndrome de König*.

2° *La palpation*. — Nous révèle la *tumeur* et nous permet encore d'apprécier les adhérences secondaires inflammatoires ou néoplasiques de la tumeur.

3° *Percussion*. — Permet de préciser les limites du météorisme. Aussi la tumeur rend pendant la percussion un son voilé, submat ou « tympanique assourdi », dit de Bovis.

4° *Toucher rectal et toucher vaginal*. — Très utiles dans les cancers de l'anse sigmoïde avec propagation à la vessie.

5° *La sigmoidoscopie*. — Précieuse et rend de réels services pour les tumeurs du segment terminal du côlon pelvien.

6° *La cystoscopie.* — La cystoscopie que l'on peut toujours pratiquer pourra dans les cas où il y a propagation vésicale fournir des renseignements précieux. Nous nous réservons de traiter ce point dans la deuxième partie des symptômes : symptômes vésicaux.

7° *Examen radiologique.* — Pour déceler des néoplasmes au début de leur évolution. Dans les cas d'un néoplasme de l'anse sigmoïde on préférera le lavement bismuthé — on fera en même temps de sa progression des radiographies. L'injection d'eau du gros intestin a été pratiquée par Briquet. Normalement le gros intestin peut recevoir deux litres d'eau. Si cette quantité ne pénètre pas, c'est qu'il y a un obstacle sur le gros intestin.

C. — SYMPTOMES GÉNÉRAUX

1° *L'amaigrissement.* — Associé à la constipation doit nous faire penser à un cancer du gros intestin.

2° *Teint jaune paille ou plombé.*

3° *Céphalée, vertiges, frissons, dyspnée.*

4° *Modification des urines.* — Consécutives à l'auto-intoxication stercorale :

Hypoasoturie ;

Albuminurie légère ;

Phosphaturie.

Il peut arriver du reste que même sans fistulisation, mais surtout lorsque celle-ci s'est produite, grâce à la septicité du contenu intestinal déversé dans la vessie, on voit apparaître rapidement des symptômes d'infection urinaire ascendante. Les troubles de l'excrétion urinaire. La cachexie rapide à forme spéciale, la température à grandes oscillations, les douleurs lombaires, la pyurie, la langue sèche, rôtie, bref tous les symptômes essentiels de la cachexie urinaire se sont installés et sont alors l'aboutissant fatal de cette perforation sigmoïdo-vésicale.

Nous ne rappelons que pour mémoire l'analyse des urines à ce moment-là, qui outre tous les éléments anormaux qu'elle comporte, la présence d'albuminurie, de pus, parfois de sang, révèle une diminution considérable des éliminations des sels et de l'azote en même temps qu'elle présente au point de vue microscopique tous les éléments d'une lésion dégénérative grave du rein.

II. — Symptômes vésicaux.

La fonction de la vessie est fréquemment influencée par des modifications dans les autres organes, ainsi que peuvent le montrer les examens cystoscopiques systématiques. Les rapports intimes chez la femme de la vessie avec l'utérus et ces annexes d'une part et l'S iliaque d'autre part permettent de comprendre aisément comment tout processus pathologique déve-

loppé dans ces derniers organes peut retentir sur la fonction vésicale. Les processus néoplasiques de l'anse sigmoïde, compris dans le groupe des organes qui entrent en rapport intime avec la vessie, peuvent produire aussi des modifications assez visibles de la muqueuse vésicale et des symptômes subjectifs très défini.

Ces symptômes sont dus soit aux adhérences avec ces organes voisins porteurs d'une lésion inflammatoire, soit à la compression de la vessie par une tumeur lourde ou volumineuse plus ou moins sous tension et développée sur un des organes pelviens.

Enfin la fistule vésico-sigmoïdienne donnera le maximum des troubles vésicaux puisqu'à une simple inflammation, tiraillement ou compression de la vessie vient s'ajouter cette communication anormale avec le tube digestif, lourde de conséquences.

Passons en revue les symptômes au début de l'adhérence et pendant l'existence de la fistule.

1° SYMPTOMES OBJECTIFS AU DÉBUT DE L'ADHÉRENCE

Ces symptômes sont :

a) *Œdème de la muqueuse vésicale.*

b) *Les modifications vasculaires.* — Lorsqu'elles surviennent dans la vessie, consistent non seulement dans une distension des vaisseaux sanguins de la muqueuse, mais aussi dans une augmentations du nombre de ces vaisseaux.

c) *Les symptômes urinaires.* — Peuvent être expliqués de deux façons : la stagnation de la circulation dans les veines dilatées et sinueuses peut produire une sensation de picotement comme on en observe dans les varices des autres régions, déterminant ainsi : une irritation de la vessie, une augmentation consécutive de la fréquence des mictions et de la dysurie, — accompagnées souvent par des sensations douloureuses dans la vessie surtout après la miction. C'est à ce moment qu'il faut avoir recours à la cystoscopie, laquelle peut jouer un rôle capital pour expliquer ces symptômes vésicaux du début et nous aider à poser le diagnostic possible d'une propagation consécutive à une localisation néoplasique sur l'anse sigmoïde et ce que confirmera une laparotomie exploratrice.

Michon a particulièrement insisté sur ce point et en a montré toute l'importance (1) : « L'utilité de la cystoscopie dans le cancer de l'utérus et dans le cancer du rectum pour apprécier l'extension du néoplasme est connue. Mais la cystoscopie peut être utile aussi au cours des cancers de l'anse sigmoïde. Cela est évidemment plus rare, mais utile à connaître. »

L'anse sigmoïde, surtout si son poids est augmenté par l'existence d'une tumeur, chez l'homme a tendance à venir reposer sur le dôme vésical ; des adhérences inflammatoires ou autres peuvent l'y fixer ; la propagation de la tumeur intestinale à la vessie peut se faire. Chez la femme, il en est de même ; cepen-

(1) Michon T., *Journal d'Urologie*, t. 11, n^{os} 5-6, Mai-Juin 1924, p. 463.

quant la présence de l'utérus empêche jusqu'à un certain point un contact aussi facile. Ce sont d'ailleurs



Figure 2.

Schéma d'un cancer de l'anse sigmoïde tombant sur la face postérieure de la vessie.

des faits très connus et prouvés par l'existence des fistules vésico-coliques au cours du cancer de l'intestin; ces fistules d'origine néoplasique, ne sont pas aussi

fréquentes que les fistules d'origine inflammatoire, mais représentent cependant encore d'après Chavannaz une proportion de 20 pour 100 des cas.

C'est donc pour diagnostiquer ces propagations vésicales et en apprécier l'étendue que la cystoscopie est utile. Elle peut s'appliquer à des cas différents.

Lorsqu'il y a une communication établie entre la vessie et le côlon pelvien, le trouble des urines dû à la purulence et aux matières fécales, les hémorragies qui existent presque toujours, la diminution de la capacité vésicale, la difficulté de remplir la vessie, le liquide injecté passant dans l'intestin, sont autant d'obstacles qui gênent la cystoscopie. D'ailleurs, à cette période, le diagnostic d'envahissement vésical est évident, et, d'autre part, les lésions sont bien avancées pour qu'un intérêt thérapeutique puisse en résulter. Dans quelques cas cependant où la tumeur abdominale ne serait pas importante, on pourrait parfois voir des masses néoplasiques endo-vésicales, qui fixeraient la nature et le siège de la lésion avant que la fistulisation ne soit établie, la cystoscopie reprend tous ses droits ; il n'y a pas de raison pour qu'elle soit difficile, et peut permettre d'apprécier d'une façon très exacte les altérations de la paroi et préciser un diagnostic hésitant.

Cette cystoscopie sera alors faite dans des conditions différentes : ou bien les symptômes intestinaux sont nets, le diagnostic de cancer de l'intestin n'est pas douteux ; et on veut seulement, en présence de quelques signes concomitants d'irritation urinaire, s'assurer de l'étendue de la propagation vésicale ; ou

bien il existe une tumeur hypogastrique sans troubles intestinaux et on hésite sur l'origine de cette tumeur sus-pubienne ; ou bien, enfin, il s'agit d'un cancer sigmoïdien latent et dont les premiers ennuis se manifestent du côté de la vessie.

Ces cas de cancer intestinal latent avec symptômes vésicaux sont particulièrement intéressants. On peut, en effet, voir des malades ayant un néoplasme sigmoïdien reposant sur le dôme vésical, se plaindre de pollakiurie, de gêne de la miction, de douleurs hypogastriques vagues, en un mot présenter les signes de l'hypertrophie prostatique à la première période et venir consulter pour ces troubles vésicaux. D'autres fois, ce sera non seulement des signes d'intolérance vésicale, mais encore des hématuries qui auront effrayé pour la première fois le malade. Dans l'observation de MM. Harvier et Marion que nous rapportons plus loin, la pyurie avait fait penser à de la pyélonéphrite (voir Observation XXXII).

La cystoscopie permettra de reconnaître les lésions diverses : œdème de la paroi, absence de déplissement de la muqueuse à la distension, ou bien végétations néoplasiques caractéristiques. Toutes ces altérations sont analogues à celles que l'on peut voir dans les propagations des cancers utérins et rectaux sur le bas-fond vésical. Si le diagnostic de cancer sigmoïdien est préalablement fait, leur interprétation est facile.

Si, au contraire, la lésion intestinale est latente, à quel siège peut-on supposer que le côlon pelvien est en cause ? C'est surtout par la localisation même de l'altération de la paroi vésicale ; elle siège au niveau

du dôme vésical, ou sur la face postérieure de la vessie, toujours assez près du sommet et le reste de la vessie est indemne. Lorsque le cystoscope permet de reconnaître l'existence d'un néoplasme siégeant sur le dôme vésical, la propagation d'une tumeur du voisinage en effet doit venir à l'esprit ; presque toutes les tumeurs primitives siègent au niveau du bas-fond ou encore sur les faces latérales, et il est exceptionnel d'en trouver au niveau du dôme. De même, les lésions d'œdème sont anormales à ce niveau, alors que le col, le bas-fond, la zone urétérale sont indemnes.

On appréciera donc l'étendue de la propagation, simple zone œdémateuse ou déjà végétation néoplasique ; on verra si l'extension ne se fait pas en descendant vers la face postérieure. Cela est d'importance, car si on ne trouve la propagation qu'au niveau du sommet, il n'en faut pas conclure à une abstention opératoire, comme on pourrait le faire d'une propagation néoplasique au bas-fond. L'exérèse de la tumeur n'est pas rendue beaucoup plus sombre du fait de cet envahissement du sommet. Nous pouvons citer un cas où les prévisions de la cystoscopie se sont ainsi réalisées ; il s'agissait d'un homme ayant une tumeur sus-pubienne perceptible à la palpation, sans symptômes intestinaux bien nets. Donc, la constatation de lésions limitées au sommet de la vessie, toutes les fois qu'il existe des troubles intestinaux, ne doit pas être négligée ; et toute adhérence du sommet de la vessie, vue au cystoscope, doit nous conduire à compléter les investigations du côté de l'intestin. On redressera ainsi le diagnostic erroné de certains troubles

urinaires rapportés à une lésion prostatique, rénale ou vésicale ; on pourra préciser les conditions d'extirpation d'une tumeur du côlon pelvien. »

Les urines peuvent être mousseuses, albumineuses; leur réaction à une période avancée de l'affection,



Figure 3.

Cystoscopie faite par M. le Docteur GAUTHIER
le 12 Septembre 1923.

seront souvent alcalines. Elles peuvent être chargées de pus, de sang, y amenés soit par des vaisseaux saignant à la chute d'une eschare, soit par les ulcérations simples ou diathésiques de la vessie. Ce sang peut être émis sous forme de caillots.

Les urines peuvent être, suivant le cas, augmentées ou diminuées de quantité. L'urine peut passer de la vessie dans l'intestin (*miction anale*). La fréquence de la miction est variable, mais elle peut être très difficile, nécessitant des efforts plus ou moins marqués.

La douleur doit tout particulièrement fixer l'attention — mais elle peut ne pas exister. Elle existera souvent chez les malades dont la vessie est envahie par le contenu du tube intestinal, car la vessie et l'urèthre sont alors irrités par le passage des corps étrangers. Quelquefois elle peut diminuer et cette accalmie de la douleur est due à une diminution des accidents inflammatoires.

2° SYMPTOMES OBJECTIFS PENDANT LA FISTULE SIGMOÏDO-VÉSICALE

a) *Le passage des gaz à travers l'urèthre* : c'est en tout cas le symptôme le plus constant et il est peu d'observations dans lesquelles on ne le trouve signalé. Ces gaz se montrent ordinairement à la fin de la miction et leur sortie est accompagnée de sifflement, de gargouillement, de bruits plus ou moins intenses. Les gaz peuvent disparaître pendant quelques jours pour réapparaître ensuite.

b) *Le passage des matières par l'intermédiaire de la fistule*. Consécutivement à ce passage, on peut avoir :

c) *Les modifications de l'urine excrétée* : les matières peuvent être mélangées à l'urine plus ou moins abondamment quelquefois comme dans le cas de Cripps, elles avaient la consistance du mastic (obs. XXIII). Les produits qui se déposent au fond du vase peuvent immédiatement montrer l'existence d'une perforation ; c'est ainsi qu'on a rencontré dans l'urine des débris de fruits.

En résumé : la mort peut-être causée soit par l'ensemble des symptômes sus-énumérés, soit par une infiltration d'urine ou une péritonite aiguë, celle-ci résultant soit d'une simple propagation, soit d'une rupture d'adhérence amenant l'effusion de matières septiques de la cavité péritonéale. Enfin, ces symptômes intestino-vésicaux peuvent s'unir, se combiner, s'associer de manière à se présenter suivant les cas sous des forme un peu différentes.

Complications.

Les adhérences, qu'elles soient INFLAMMATOIRES ou NÉOPLASIQUES, peuvent devenir l'amorce de fistules entre le côlon et les organes voisins : l'anse sigmoïde et la vessie. Il en résulte des troubles urinaires consécutifs à ces fistules côlo-vésicales, c'est-à-dire consécutifs aux perforations qui font communiquer la vessie avec cette portion du tube digestif. Ces complications ne sont pas d'une grande fréquence. Elles ont été étudiées plus particulièrement par Chavannaz (20 pour 100) et par Cripps (15 pour 100) et sont dues au cancer.

La perforation est unique ; dans quelques observations de fistules non néoplasiques, on a pu trouver deux orifices. D'après Pascal le siège de l'orifice intestinal de la fistule est sur le côlon dans trois fois sur 35 cas des fistules de gros intestin propagé à la vessie.

Le cancer sigmoïdien ulcère le sommet ou la face postérieure de la vessie ; il s'y ouvre une brèche de dimensions variables, du calibre d'une tête d'épingle en verre à celui d'une vaste perte de substance.

Tantôt la vessie et l'intestin sont accolés et le trajet est direct ; tantôt le contact n'existe que par l'intermédiaire d'un véritable canal (obs. XXII) et enfin il existe une poche intermédiaire ; c'est souvent un diverticule du côlon qui s'ouvre dans la vessie (Heyné).

Moinyhan, cité par Heyné, dit, en effet, que le plus souvent la constatation des matières dans l'urine fait penser à l'envahissement de la vessie par le néoplasme ; mais qu'en réalité il doit s'agir assez souvent, plus qu'on ne le pense, d'une perforation de nature inflammatoire et de siège diverticulaire.

Avant la perforation, on observe des douleurs spontanées et des douleurs à la miction, de la pollakiurie, de la pyurie, une hématurie terminale. Quand la perforation est réalisée, les douleurs redoublent, la muqueuse vésicale est enflammée, congestionnée. Elle présente, elle aussi, de petites ulcérations, et, par places, de véritables petits foyers de nécroses. En même temps, les matières fécales et des gaz apparaissent dans l'urine (fécalurie et pneumaturie) tandis que l'urine ne passe pour ainsi dire jamais dans l'intestin (miction rectale). Les parois vésicales à la suite de passage des matières fécales sont recouvertes d'un enduit purulent, stercoral ; après raclage, elles sont épaisses, dures. Le volume de la cavité est réduit considérablement. A l'ouverture, on a vu s'écouler un peu d'urine trouble, avec du pus, des matières à odeur infecte, sur le bas-fond stagnant des débris alimentaires et parfois des petits calculs.

L'envahissement proprement dit d'un cancer sig-

moïdien qui adhère à la face postérieure de la vessie, donne des signes plus atténués et creuse en profondeur dans les *tuniques* de la paroi. Au contraire un néoplasme rectal atteint la vessie au niveau du bas-fond, assez près du col, vers lequel il gagne, et donne par suite des symptômes d'une acuité extrême, comme toute lésion de l'orifice urétral.

Quelquefois, on voit que les abcès développés à la périphérie des tumeurs de l'anse sigmoïde peuvent avoir une évolution antérieure et affecter le type des phlegmons abdominaux. Dans ces cas, la collection, pour laquelle on est obligé d'intervenir sans en soupçonner la cause, évolue en dehors du contact de la vessie. Mais, après évacuation, le travail néoplasique trouve, dans la poche, un chemin facile et, secondairement, la perforation survient (obs. XXVII).

Par contre, la perforation peut se produire peu à peu, succédant à une intolérance de la vessie de longue durée.

Dans d'autres cas — comme dans l'observation de MM. Bérard et Musard — la perforation peut se faire insensiblement, pendant qu'on sonde le malade.

L'état général rapidement s'altère, et le patient est conduit à la plus profonde déchéance. Pour éviter les crises douloureuses qui accompagnent la miction, il restreint son alimentation et se cachectise rapidement. L'infection urinaire, jointe aux sécrétions néoplasiques qui encombrant le système circulaire, le réduit rapidement à l'état le plus misérable. L'urine est putride, elle est émise avec un état marqué de décomposition ammoniacale. La vessie s'ulcère et devient la

source de petites hémorragies. La brusque invasion du péritoine par l'urine infectée après la rupture de la vessie, ou la déchirure d'une poche intermédiaire entre elle et l'anse sigmoïde, ont des suites rapidement mortelles, sans grande réaction de la séreuse. D'autre part comme nous l'avons signalé au chapitre des symptômes, dès l'apparition de la fistule viennent se surajouter des signes d'infection ascendante de l'arbre urinaire, retentissement rapide sur le rein, avec le tableau de la cachexie urinaire.

Diagnostic.

Les malades atteints de cancer de l'anse sigmoïde propagé à la vessie se présentent au point de vue clinique de deux façons très différentes, ainsi du reste que le laisse entendre le chapitre de symptomatologie. Aussi le problème diagnostique se pose-t-il de façon très différente. En effet ce sont des malades qui se présentent dans un service de chirurgie générale avec des signes évidents de cancer du gros intestin sans que rien n'attire l'attention sur la vessie ou tout au moins avec des signes urinaire suffisamment peu marqués pour ne pas retenir l'attention.

Ou bien, au contraire, ce sont les troubles vésicaux qui dominent la scène et ces malades vont à l'urologiste, lui demandant d'abord la guérison de leur vessie.

I. *Forme intestinale.* — Là, nous l'avons dit, les symptômes dominant sont les troubles intestinaux, soit subocclusion, soit occlusion aiguë, perception possible d'une tumeur, les troubles vésicaux pourront

manquer absolument ou bien la situation de la tumeur perceptible sur la ligne médiane pourra attirer l'attention ; enfin parfois quelques troubles urinaires, dysurie, douleur aiguillent déjà le diagnostic.

1° Dans le premier cas la découverte de la propagation vésicale ne peut être faite si la cystoscopie n'a pas été faite, systématiquement pratiquée. C'est au cours de l'intervention seulement que sera fait le diagnostic de propagation. Ce sont en effet souvent des malades arrivés en occlusion et pour lesquels l'opération s'imposait d'urgence le diagnostic posé de façon certaine de cancer de l'S iliaque.

Mais parfois chez ces mêmes malades les urines troubles sans douleur pourtant auraient pu faire penser à quelques troubles à lésion vésicale, auraient commandé la cystoscopie et permis ainsi grâce aux éléments ainsi fournis de poser le diagnostic d'envahissement.

Ce qu'il faut bien savoir aussi ainsi que le montre notre observation III c'est que, un malade opéré en occlusion pour un simple anus de dérivation, alors qu'il ne présentait aucun trouble urinaire, peut dans l'intervalle des deux temps opératoires manifester l'apparition de l'adhérence vésicale que la laparotomie lors du deuxième temps montrera de façon évidente.

2° D'autres fois — c'est la seconde catégorie de cas — la tumeur développée sur l'anse sigmoïde est venue sur la ligne médiane, adhérer à la vessie, se fixer à la paroi abdominale. A l'examen on avait senti une tumeur, fixée, médiane, sous-ombilicale. Les troubles

intestinaux, l'existence de cette tuméfaction ont fait faire le diagnostic de cancer sigmoïdien.

En effet on avait pu par le cathétérisme urétral, par l'examen soigneux de l'abdomen, la radioscopie, la proctoscopie éliminer une vessie pleine remontant au-dessus du pubis — elle se serait du reste accompagnée de signes de rétention — on avait pu aussi éliminer un cancer du cæcum, diagnostic parfois malaisé à poser de façon certaine car la tumeur fixée peut parfois déborder à droite.

Enfin les mêmes procédés d'examen, l'existence d'une tumeur apparue tardivement, sans dysurie, sans signes de décharges purulentes persistant après lavages vésicaux avaient de même fait éliminer une tumeur possible de l'ouraque.

Néanmoins, dans tous les cas, même une fois posé le diagnostic de tumeur de l'S iliaque, le fait de cette situation médiane et surtout de cette immobilité, de cette fixation auront attiré l'attention sur la possibilité d'envahissement vésical. Aussi ne négligera-t-on jamais la cystoscopie qui lèvera les doutes en faisant voir les lésions de la muqueuse, la rougeur, les varicosités, les mamelonnements de la face endo-vésicale.

3° Enfin, comme dans notre observation VIII, les signes urinaires ont attiré l'attention. Et la dysurie jointe aux troubles évidents de la fonction intestinale avaient dès l'abord aiguillé l'attention sur la prostate. Mais alors un examen plus soigneux, le fait qu'il n'y a point de douleurs à type sciatique, des troubles urinaires récents, joints à des troubles coliques très marqués et surtout le toucher rectal éloignent déjà ce

diagnostic. Là encore la cystoscopie va jouer un grand rôle permettant comme dans les cas précédents de rapporter à leur véritable cause ces troubles de la fonction urinaire.

II. *Forme urinaire.* — Cette fois le problème est tout différent et pourrait-on dire plus facile. En effet ces malades entrent d'urologie parce qu'ils présentent des symptômes urinaires au maximum. En les interrogeant on apprend cependant que depuis longtemps ils souffrent du transit intestinal — malgré qu'ils n'attirent pas spontanément l'attention sur ce point. Mais là, l'examen cystoscopique et pratiqué systématiquement nous fait voir que les lésions vésicales présentent ce type très spécial que nous avons longuement indiqué à propos des symptômes. C'est alors que l'on pense d'emblée à la propagation d'un néoplasme intestinal, qu'un examen soigneux rapportera à l'anse sigmoïde.

III. *Forme fistulée.* — Là, le diagnostic n'offre aucune difficulté. Les symptômes sont tellement évidents que l'interrogatoire, l'examen physique, le toucher rectal rapporteront immédiatement à leur véritable localisation sigmoïdienne les troubles évidents apportés à la fonction vésicale.

En somme, ce diagnostic de cancer de l'S iliaque propagé à la vessie s'il présente au début de véritables difficultés verra celles-ci s'aplanir si la cystoscopie est pratiquée de façon constante et pour ainsi dire systématiquement.

Les malades qui vont en chirurgie générale, avec les troubles urinaires peu évidents à une tumeur de la région hypogastrique accompagnée de symptômes intestinaux seront d'abord considérés comme des cancéreux intestinaux. Mais il faut toujours en présence de ces signes un peu anormaux pratiquer la cystoscopie pour rechercher la possibilité d'une lésion vésicale, connaissant cette forme anatomique spéciale de cancer propagé.

Au contraire les malades, quand ils vont dans les services d'urologie présentent le syndrome urinaire au maximum. La cystoscopie est faite pour ainsi dire systématiquement et montré qu'il s'agit d'un néoplasme propagé.

Enfin il faut savoir que parfois par suite d'infection vésicale, sans que le malade ait présenté de façon évidente des signes intestinaux, le retentissement rénal peut dominer la scène. C'est rare, on a vu (Obs. XXXII) que le diagnostic de pyélonéphrite avait pu être posé.

Là encore c'est l'examen général renforcé par l'indispensable cystoscopie qui peut permettre parfois — pas toujours — de faire le diagnostic de cancer sigmoïdien propagé à la vessie.

Traitement.

I. — Indications opératoires.

On trouve à propos du cancer de l'S iliaque propagé à la vessie quelques tentatives de cure radicale.

Cette question de l'intervention se présente en apparence avec une certaine simplicité, et il semble que le chirurgien n'ait qu'à se laisser guider par les différents incidents capables de survenir. En réalité, cependant, cette question est beaucoup plus complexe ; il s'agit non seulement de faire des opérations de nécessité, mais encore de prévoir l'apparition d'un accident grave, comme la perforation de la vessie, et d'intervenir avant qu'elle ne se produise, surtout pour éviter le passage des matières et l'infection qui en est la conséquence.

En réalité, la question se pose pour deux ordres de malades bien différents. Les premiers cas ont trait à des néoplasmes jugés inopérables, avec un envahissement considérable de la vessie. On ne peut enlever tout le cancer : il faudra se contenter d'une opération

palliative, et pratiquer l'anus contre nature : ainsi, on pourra éviter la fistule, le passage des matières dans la vessie et l'infection consécutive.

De même, si la quantité des urines diminue peu à peu, si l'on est en droit de soupçonner une compression urétérale, il faudra se tenir prêt à faire une néphrotomie.

Dans la seconde catégorie de malades la conduite est toute autre, car il s'agit cette fois d'une propagation limitée à la vessie. L'exérèse peut être faite de toute la zone envahie, tant de l'intestin que de la vessie. C'est alors une opération radicale dont le résultat sera souvent durable.

C'est donc là, au point de vue chirurgical la forme la plus intéressante du cancer sigmoïdien propagé à la vessie : celle où il n'y a qu'un envahissement partiel.

1° OPÉRATION RADICALE : *Ablation de l'S iliaque, résection partielle de la vessie.* — Cette opération radicale est une exception ; elle n'a été réalisée que peu de fois dans les observations que nous avons lues.

Il s'agit du cas de Czerny, en 1887 ; de Francis Heuston, en 1890 ; de Tuffier et Dumont, en 1898, mais les trois premiers cas furent trois échecs.

Il faut tenir compte, à ce point de vue, de la nature et du degré de la complication urinaire. Il faut supprimer la cause, donc enlever tout le cancer et réparer aussitôt que possible le déficit de la paroi vésicale.

Dans les cas de tumeur mobile, il faut préférer la dérivation préalable à distance (Baum) ou proche (Schloffer). L'opération idéale consisterait dans les cas d'adhérences plus ou moins marquées à libérer l'anse sigmoïde, à enlever, à détruire le trajet vésical en faisant au besoin une résection partielle de la vessie, après avoir fait un anus préalable. Puis lavage, vidange et désinfection soignées et prolongées, au-dessus et au-dessous de la tumeur. Dans un second temps on interviendra sur la tumeur — on pratiquera la colectomie avec suture intestinale, au cas où l'amélioration obtenue paraît suffisante. La résection de la vessie jointe à la résection de l'S iliaque, paraît comporter un pronostic fatal. Il est certain que la résection de l'S iliaque, associée à une résection partielle de la vessie, est la seule et meilleure méthode qui puisse donner une guérison, si le malade supporte l'intervention. Malheureusement, dans la grande majorité des cas on se trouve en présence de malades inopérables ou chez lesquels une opération palliative seule est possible, et cela se comprend, puisque l'envahissement de la vessie indique que le néoplasme intestinal évolue déjà depuis un certain temps. Donc c'est pour cela que nous avons insisté dans notre thèse sur la nécessité de faire une cystoscopie dès que le malade se présente avec des troubles urinaires, car elle nous aidera non seulement à expliquer les causes de ces troubles, mais aussi à nous rapprocher du diagnostic de cancer de l'anse sigmoïde propagé ce qui sera d'une valeur capitale pour la conduite à tenir et pour les résultats opératoires et post-opératoires.

Mais comme souvent nous nous trouverons à une période déjà très avancée de l'évolution et propagation néoplasique avec adhérences plus ou moins importantes, ces tumeurs sont alors justiciables d'opérations partielles palliatives que nous indiquons ci-dessous.

2° LES DIVERSES OPÉRATIONS PALLIATIVES :

a) *Anus contre-nature*. — Il constitue le traitement des fistules vésico-intestinales, soit primitivement pour enrayer l'infection des voies urinaires, soit quand la perforation s'est déclarée, exception pour les fistules diverticulaires, distinction qui ne peut être faite qu'après laparotomie. La raison d'être de l'anús trouve sa justification dans ce fait qu'en détournant le cours des matières il supprime leur arrivée dans la vessie, et il évite le cloaque qui résulte de la communication. D'ailleurs, il agit aussi en diminuant notablement l'élément inflammatoire apporté par la présence de fèces au niveau *de la tumeur*, et l'on voit (dans l'observation XXII), que les signes douloureux vésicaux diminuent aussitôt après qu'on l'a exécuté. Cette sédation immédiate permet de pratiquer la désinfection urinaire par des lavages fréquents, et améliore sensiblement le pronostic. Ce sera, en tout cas, un anus à double canon de fusil par la méthode de Polosson, pour que les matières ne passe sûrement plus dans le bout terminal.

b) *La néphrotomie*. — La néphrotomie sera la seule ressource contre les obstacles urétéraux. Le cathété-

risme des uretères donnera pour ce cas d'excellents et même d'indispensables renseignements de localisation. Mais le tout est surtout de rétablir les voies d'excrétion urinaire obstruées et c'est le but que réalise la néphrotomie avant tout.

c) *La cystostomie.* — Dans quelques cas, cependant, on pourrait se demander si le malade n'aurait pas bénéficié en même temps d'une cystostomie, qui l'aurait mis sans doute partiellement à l'abri des douleurs de la période terminale de l'infection. Cependant, il faudra l'éviter autant que possible, car elle a semblé parfois donner une nouvelle direction à l'envahissement néoplasique.

II. — Le traitement non opératoire.

Il vise à calmer les douleurs et à sauvegarder autant que possible le bon état des muqueuses.

Contre la douleur, on aura recours aux suppositoires de belladone, de morphine, d'opium, au chloral, au somnifène.

Mise à part la thérapeutique moderne des cancers inopérables, le meilleur des traitements, nous le répétons, c'est l'anus contre nature, qui protège à la fois de l'irritation au voisinage de la tumeur, et de l'inflammation et de l'infection du système urinaire.

Observations.

OBSERVATION I

(Service du Professeur TIXIER, salle Saint-Paul, cahier 1, 1912, p. 298)

Tumeur sténosante annulaire de l'S iliaque, avec adhérences sur la vessie.

Malade âgée de 62 ans, entrée dans le service le 28 novembre 1912.

A. H. — Rien à signaler.

A. P. — Réglée de 14 ans à 44 ans régulièrement. Depuis aucune perte. Bonne santé habituelle. Depuis deux ans, symptômes d'identité muco-membraneuse. Emission parfois de quelques grains sanguinolents. Constipation. Cette période de deux années est interrompue de crises de douleurs abdominales avec coliques, vomissements bilieux, la crise durant deux heures et cédant aux applications locales de compresses humides. La maladie actuelle a débuté le 17 novembre par une crise intestinale douloureuse sans vomissements, avec état de névrosisme accentué. Depuis cette époque, arrêt complet des matières, persistance de quelques gaz. Pendant la première semaine de la maladie, l'état général de la malade n'était pas mauvais.

Le 24 novembre 1912, à la suite d'une fatigue et de reprise de l'alimentation, les coliques réapparaissent et, cette fois-ci, avec vomissements. Depuis, rien que des nausées. Les coliques ont un caractère paroxystique. La malade le compare

à une tumeur comme une tête fœtale qui se formerait dans le flanc gauche pour disparaître ensuite petit à petit. Les coliques sont accompagnées de bruits musicaux et de bruits liquidien. Son médecin signale l'apparition à chaque colique d'ondes péristaltiques qui se seraient toujours propagées dans le même sens, le trajet correspondant aux côlons.

A l'entrée. — Malade très agitée. Pendant tout l'interrogatoire, les nausées fréquentes l'obligent à s'asseoir sur son lit. Plaintes incessantes. Pouls à 120. Température 38°-39°.

Appareil digestif. — Langue rôtie, nausées, pas de vomissements, arrêt complet des matières et des gazs. Coliques très douloureuses, sans lieu d'élection. Pas d'ondes péristaltiques. A l'examen, ventre bilobé avec deux grosses masses latérales droite et gauche et aussi une épigastrique. Météorisme. Le ventre de la malade examiné quelques minutes avant l'opération ne présente plus les mêmes caractères et c'est une distension uniforme, avec une ténésie généralisée. Rien au toucher vaginal, rien au toucher rectal.

29 janvier 1913. — Laparotomie iliaque droite, cæcum dilaté au maximum. L'obstacle siège donc bien, comme on l'a supposé, au niveau de l'S iliaque. Anus contre nature de May de Reclus.

1^{er} mars 1913 : *intervention.* — Laparotomie sous-ombilicale médiane. On se porte immédiatement sur l'S iliaque. Il existe une tumeur sténosante annulaire sur le côlon pelvien avec quelques adhérences sur la vessie. Malade en Trendelenbourg. Anses intestinales refoulées sous diaphragme. Section du côlon, partie saine, ligatures successives de haut en bas de vaisseaux du méso-côlon. Puis, section en tissu sain du côlon, au-dessous de la tumeur intestinale. Suture bout à bout par deux sutures séro-séreuse et perforante postérieure. Puis, sujet perforant antérieur séro-séreux. Pour assurer la coaptation séreuse de l'entérorraphie, on va chercher, de chaque côté, les trompes qu'on passe en sautoir sur les côtés du côlon. Enfin, pour assurer le drainage, on fend le cul-de-sac postérieur, l'on draine par cette voie le Douglas au-dessus du siège de l'entérorraphie. Fermeture totale du ventre. Pièce conservée. Il s'agit d'un rétrécissement néoplasique typique annulaire du côlon descendant (sigmoïdien).

OBSERVATION II

(Service du Professeur TIXIER, salle Sainte-Anne, cahier n° 1, 1914, p. 50)

Cancer annulaire du haut rectum propagé à la vessie

Malade âgée de 64 ans. Entre à l'hôpital le 10 février 1914 et parce qu'elle fait des matières dures, ovillées et parce qu'elle a du sang dans ces selles.

Bien portante jusqu'à 50 ans, à cet âge a présenté des signes de neurasthénie qui ont duré 6 mois. Elle a repris ses occupations et a augmenté de poids : 78 kilos ; car elle avait maigri de 15 kilos. Puis, ses digestions deviennent pénibles ; elle ressentait comme une sensation de barre épigastrique. Elle a pris du bicarbonate de soude qui la soulageait, mais ne la guérissait pas. Malgré tout, elle mangeait un peu de tous les aliments. Elle était constipée. En même temps, elle maigrissait. Petit à petit, elle a remaigri (l'an dernier, au mois de mars). Ses matières étaient étirées, rubanées, comme des crottés de chèvre. De plus, elle a constaté du sang dans les selles depuis un an environ.

Un jour, en lisant un article médical dans le *Journal*, elle s'est palpée sur toutes les coutures et a cru constaté (sentir) au niveau de l'hypochondre gauche une petite tumeur dure, indolore à la pression. A partir de ce moment, elle a eu peur et ne s'est pas alimentée comme autrefois. Donc, elle a maigri. Weber positif.

Première intervention : 13 février 1924 (Professeur Tixier). — A gauche, incision pararectale gauche. Eviscération du côlon dilaté. Il s'agit d'un cancer annulaire situé à l'union du côlon et du haut rectum. Il sera facilement enlevable. On pratique un anus contre nature colique latéral, au-dessus, en se réservant une grande longueur d'intestin pour pouvoir aisément pratiquer les sutures bout à bout.

Deuxième intervention : 4 mars 1914. — A gauche, laparotomie médiane. Trendelenbourg. La tumeur porte exactement à l'union de la fin du côlon descendant avec le haut rectum. En avant, légère adhérence inflammatoire aux annexes droites, à la face postérieure de l'utérus et la face

postérieure de la vessie. On pourrait, étant donné le siège élevé, pratiquer l'antérectomie sans hystérectomie préalable, mais au point de vue de facilité et de sécurité, on décide l'hystérectomie.

1° Hystérectomie totale avec conservation d'un grand lambeau péritonéal antérieur.

2° Libération du péritoine, du méso-côlon, en haut et à droite, en bas et à gauche. Section entre deux ligatures du gros intestin, au-dessus du néoplasme. Hémostase du méso. Section de l'intestin au-dessous de la tumeur. Quatre fils, suspension, bout inférieur. Entérorraphie à la suture. Puis, une mèche de drainage vaginal, péritonisation haute en rabattant le couvercle péritonéal au-dessus de la suture intestinale. Fermeture totale du ventre sans drainage.

9 mars 1914. — La malade est morte hier matin. M. Gauthier et M. Santy, qui l'ont vu dans ses dernières heures, ont simplement constaté que le cœur cédait progressivement et malgré tous les toniques cardiaques, elle a succombé, la température s'était élevée samedi soir à 39°4. Opposition à l'autopsie.

Critique. — Il n'y a eu aucun symptôme de péritonite et dès le troisième jour, l'anus contre nature a fonctionné. Malgré l'absence d'autopsie qui empêche d'avoir des conclusions absolues, on doit considérer que la malade est morte uniquement de myocardite sénile ; elle était trop âgée. Cependant, la courbure de la température était un peu élevée.

OBSERVATION III

(Service du Professeur TIXIER, salle Sainte-Anne, cahier, n° 1, 1919-1920, p. 27)

*Néo de l'anse sigmoïde propagé à la vessie par pelvie
péritonite*

A. P. — La malade a eu la fièvre typhoïde à 12 ans, assez gravement malade. Etant enfant, a eu la rougeole. Régliée à 13 ans. Règles normales, pas douloureuses. Mariée à 22 ans.

Cinq enfants. Une fausse couche. Bonne santé en général. L'année dernière, grippe légère.

Depuis plusieurs années, la malade se sent gênée pour aller à la selle. Constipation assez forte. Depuis deux mois et demi, les douleurs pour aller à la selle augmentaient subitement d'intensité. La malade se sent ballonnée. Elle a des douleurs lancinantes à l'anus, parfois, plus aiguës, donnant envies constantes d'aller à la selle. La malade *se sent bouchée*. Elle a une période de diarrhée. Actuellement, les matières sont noirâtres. Pas de sang dans les selles, mais il y a quelque temps, il y avait des glaires et des débris de membranes. La malade a aussi des douleurs lombaires avec une sensation de froid.

Depuis deux mois, la malade a beaucoup maigri. Elle a des grosses varices aux jambes et une sensation continuelle de froid. A la face interne du talon gauche, la malade a une plaie d'allure variqueuse qui a suppuré longtemps, puis s'est fermée spontanément. La malade se plaint d'un point douloureux dans les fausses côtes gauches. Elle a parfois de fortes douleurs dans la nuque, qui, dit-elle, semblent coïncider avec les douleurs anales et lombaires.

Du côté de la vessie : gêne pendant la miction avec cuisson, ni sucre, ni albumine.

Pouls : irrégulier.

Le toucher vaginal : Utérus petit, en rétroversion, ne semble pas pathologique.

Le toucher rectal : On croit sentir très haut, en cherchant la lumière intestinale, un néo sténosant du haut rectum ou de l'S iliaque.

16 janvier 1920 : A. G. éther. Au toucher, on sent, à bout de doigt, au niveau du fond de l'utérus, une tuméfaction appartenant au haut rectum. Le diagnostic clinique doit être « néo », malgré la possibilité d'une sygmoïdite ou d'une annexité scléreuse, bridant le côlon descendant. Du reste, la malade a eu des selles sanguinolentes et des mucosités glaireuses, à plusieurs reprises de véritables évacuations purulentes se répétant tous les 6 jours.

Intervention : Professeurs Tixier, Bonnet, Rochet. — Laparotomie abdominale para-rectale gauche descendant jusqu'au

niveau du croisement de l'épigastrique que l'on lie. Avec une grande valve relevant la lèvre interne de la laparotomie, on arrive, le lit étant en bascule, à voir : l'utérus adhérent au rectum. Les annexes gauches scléreuses perdues dans un magma d'adhérences fibreuses de péri-colite. La main arrive à palper le haut rectum qui, sur une certaine longueur (au moins 4 travers de doigts), présente des parois épaissies, sans qu'à la palpation il soit possible d'affirmer qu'il s'agit d'un cancer. Mais comme il y a vraiment rétrécissement du calibre intestinale, on pratique un anus de dérivation de Polosson, après avoir dessus et dessous rétréci l'incision de la laparotomie latérale. On a pu laisser l'S iliaque flottant très lâche, ce qui permettra, si besoin est, une suture bout à bout du haut rectum.

3 mars. — A. G. Après avoir fermé avec soin l'anus contre nature de dérivation, le bout inférieur intestinal ayant été soigneusement désinfecté, les jours précédents, on pratique une laparotomie médiane de l'ombilic au pubis. A l'ouverture du ventre, on constate que l'épiploon forme une corde verticale conduisant sur le côlon descendant, ce dernier paraît être le siège de la lésion.

On dégage d'abord cet épiploon, on s'aperçoit que la vessie très flasque passe au-dessus de l'utérus et est adhérente au côlon descendant. On la dégage et on la fixe en avant. Alors, on suit en descendant l'S iliaque ; au contact de la paroi postérieure du ligament large gauche, il est épaissi, adhérent. On le dégage progressivement et on constate que c'est la portion mobile de l'S iliaque qui a été attirée en bas par de la pelvi-péritonite adhésive.

La portion de l'intestin est alors très facilement attirée entre les lèvres de la plaie opératoire et malgré une palpation aisée, répétée, il est impossible d'affirmer qu'il n'existe pas un néoplasme sténosant. Aussi, avant de pratiquer une entérectomie, qui serait peut-être utile, on se décide à une manœuvre très exceptionnelle : parallèlement à l'axe de l'intestin, on pratique une autre entérotomie qui conduit dans l'intérieur du tube intestinal ; cette taille intestinale montre qu'il y a une infiltration œdémateuse des franges épiploïques, de la séreuse et surtout de la sous-muqueuse. Quant à la muqueuse

elle-même, elle paraît absolument saine et dans tous les cas le doigt engagé dans le bout supérieur, puis dans le bout inférieur, montre que le calibre intestinal est uniformément rétréci, sous la forme d'une sténose extrinsèque formée par une sorte d'œdème des tuniques externes intestinales. Il n'y a donc pas lieu de pratiquer une entérectomie et on ferme l'incision d'entérotomie suivant le principe de l'entéroplastie, le tout à points séparés au catgut. On explore alors le pelvi et on constate que l'ovaire gauche est atrophié, que l'utérus est en rétroversion adhérente.

16 juin. — Depuis le dernier examen, la malade a continué à se plaindre de douleurs lancinantes dans la région ano-périnéale et de la difficulté de ses évacuations. On fait des lavements quotidiens. Etat général bon. Pas de température. La malade est assez impressionnée par son affection. Etat psychique assez défectueux.

OBSERVATION IV

(Service du Professeur TIXIER, salle Sainte-Anne, cahier n° 1, p. 253, 25 ; cahier n° 2, 1923, p. 216)

*Néo sigmoïdien propagé à la vessie avec généralisation
au péritoine*

Malade âgée de 40 ans, entrée le 23 janvier 1921, présente des douleurs de l'hypochondre droit, en même temps amaigrissement marqué.

A. H. — Père et mère, bonne santé.

A. P. — Réglée à 16 ans assez régulièrement. Mariée à 17 ans. Mari en bonne santé. Trois enfants en bonne santé. Pas de fausses couches.

La malade entre à l'hôpital en 1921 et était opérée par le Professeur Tixier.

La malade est entrée à ce moment avec une crise d'occlusion intestinale. Constipation datant de 30 jours. Un anus

contre nature a été pratiqué. La malade a gardé cet anus pendant un mois. Le cours des matières a été établi dans un second temps. Depuis, la malade n'a jamais eu de crises de constipation et même ces derniers temps elle a présenté un peu de diarrhée. La malade qui ne s'est pas pesée a cependant constaté un amaigrissement assez marqué et une faiblesse notable. Au mois d'août, un médecin consulté déclare à la malade qu'elle a des hémorroïdes. Au commencement de novembre, elle constate du sang rouge en grande abondance ; écoulement spontané non en rapport avec la lésion. La malade l'a constaté à deux reprises. Mais la deuxième fois, ce sang était moins rouge. Actuellement, la malade se plaint de douleurs assez violentes dans toute la région hépatique, sous forme de crises intermittentes, irrégulières.

A l'examen. — Malade pâle, très amaigrie, pas de température. L'abdomen est très météorisé, on voit deux cicatrices, une dans la fosse iliaque gauche correspondant à l'anús et une sous-ombilicale médiane. Au niveau de l'hypochondre droit, présence de 4 nævi. A la palpation de cette région, on constate une masse dure, mate, irrégulière, bosselée, c'est le foie qui déborde de 4 travers de doigt les fausses côtes.

Au moment où l'on prépare la malade pour l'intervention, on l'examine encore une fois. On ne sent pas de trace de la tumeur au toucher rectal ; on sent seulement un utérus fixé en arrière et une petite annexe gauche prolabée dans le Douglas. On pense alors qu'il y a tout lieu, en raison des accidents d'occlusion qui ont existé, de penser à un néoplasme sigmoïdien, mais on fait quelques réserves sur la possibilité d'une occlusion d'origine purement annexielle. A noter que les urines recueillies au cathétérisme sont troubles et laissent un dépôt purulent.

Intervention (Professeur Tixier, Bonnet) : 1^{er} août 1923. — A. G. éther. Laparotomie sous-ombilicale. Dès l'ouverture de l'abdomen, on aperçoit une anse du gros intestin, très dilatée, du volume du poing.

L'utérus est fixé en arrière. Deux franges épiploïdes de la fosse iliaque gauche viennent adhérer à la face postérieure de l'utérus, coiffant au passage l'annexe gauche et un gros ovaire scléro-kystique.

Libération de l'adhérence par section entre deux ligatures. Salpyngectomie gauche. Péritonisation du moignon. En explorant alors de bas en haut le rectum et l'anse sigmoïde, on découvre alors un tout petit néoplasme en ficelle, avec une légère adhérence à la vessie. Le bout supérieur distendu, du volume d'un avant-bras, et l'on pense qu'on aura de la difficulté à rétablir la continuité pour une anastomose termino-terminale. Résection entre quatre clamps de la tumeur. Hémostase soignée du méso. Après section de l'anse, il apparaît évident que la manœuvre de Champet est indispensable pour en permettre l'anastomose bout à bout. On la pratique donc et l'on peut, grâce à elle, pratiquer une anastomose terminale, malgré qu'on soit gêné par le voisinage de l'anus, qui siège à 7 centimètres environ du néoplasme. La section terminée, on complète la fermeture du méso, pour éviter l'engorgement d'une anse grêle.

OBSERVATION V

(Service du Professeur TIXIER, Salle Sainte-Anne,
Cahier N° 2, 1923, p. 96, 139)

Néo de l'S iliaque propagé aux annexes et à la vessie

Malade âgée de 55 ans, entrée dans le service le 15 décembre 1923, opérée en janvier 1919, à Valence, pour occlusion intestinale aiguë, le chirurgien lui fit un anus contre nature ; la malade continue à avoir des crises fréquentes et de longue durée. Elle consulte le Professeur Tixier, qui l'envoie dans son service.

A. H. — Père mort accidentellement ; mère morte d'une cardiopathie. Une sœur en bonne santé ; mari bien portant. Deux fils en bonne santé.

A. P. — Rougeole, coqueluche, diphtérie dans l'enfance. Pas de scarlatine. Régée à 13 ans, normalement. Vie génitale très bonne, jusqu'à 42 ans. A 42 ans, intoxication par CO. La malade resta très anémiée. Arrêt complet des règles, qui n'ont

jamais réapparu. A 44 ans : coliques hépatiques très douloureuses, avec tous ses signes : ictère, vomissements bilieux, etc. Ces crises cessèrent par un traitement à Vichy.

Il y a quatre ans, la malade se mit brusquement à souffrir de coliques intestinales violentes, la forçant à marcher *casée en deux*. Ces coliques duraient 5 ou 6 heures.

Le ventre était ballonné, mais la malade n'a jamais vomi. Elle n'allait pas non plus à la selle.

Puis, tout cessait brusquement et les fonctions redevenaient normales. Ces crises se répétèrent deux ou trois fois à six mois d'intervalle. A la dernière, le médecin appelé d'urgence conseille une opération. Opérée d'urgence, elle alla bien pendant deux ans. L'intestin fonctionnait bien. Il y a deux ans, à la suite d'une indigestion de bouillie bismuthée destinée à radiographier son intestin, la malade reprit une crise.

Depuis, elles se répètent tous les six mois, durant six à dix jours, toujours marquées par de violentes coliques, sans débâcles, ni vomissements.

A l'examen. — Malade très amaigrie, un peu pâlotte. Il ne reste rien de son ictère ancien. Peu d'appétit. Pas de dégoût marqué pour les aliments gras.

Le 7 novembre 1923. — De l'histoire de la malade, il faut retenir l'existence d'occlusion intestinale, il y a quatre ans, traitée par un anus contre nature. Elle fut considérablement améliorée par l'intervention. Actuellement, elle revient à l'hôpital, parce qu'elle souffre de sub-occlusions successives, qui se rapprochent de plus en plus. L'examen de la malade est négatif. On l'envoie à la radioscopie : le syndrome de néo de l'S iliaque est assez net. On décide d'intervenir.

Le 9 novembre 1923 : Intervention (Professeur Tixier, Rochet, Ricard). — La malade ayant été préparée par purgatifs successifs, on décide de tenter l'intervention radicale de la cause de l'occlusion. Pfannenstil. A l'ouverture du ventre, les anses intestinales de l'intestin grêle sont libres. Au-dessous, énorme tumeur dépendant du côlon iliaque, couchée au-dessus de la vessie, adhérente au péritoine prévésical, au péritoine pariétal antérieur, bloquant tout le pelvis,

Rapidement, on la libère et on l'extériorise. Tandis qu'en arrière la tumeur est tout entière encore intra-intestinale, en avant, des bourgeons néoplasiques ont perforé l'intestin et sont venus infiltrer la vessie au niveau du repli vésico-vaginal antérieur.

Rapidement, entre des ligatures à la soie, on enlève l'énorme boudin constitué par la tumeur. On revient sur la vessie et le vagin pour faire l'exérèse large des tissus infiltrés et pour pouvoir drainer cet énorme champ opératoire ; on pratique rapidement l'hystérectomie abdominale totale en avant, à la sortie de la zone néoplasique infiltrée ; on est conduit à réséquer le morceau de la vessie. Alors, pour réparer ces dégâts, il faut :

1° Faire la suture de la vessie en trois plans au catgut ;

2° Pratiquer une opération pour rétablir la continuité du gros intestin. Pour cela, une suture serait trop longue ; on décide de faire l'invagination. Un gros tube introduit jusque dans le rectum, celle-ci est exécutée avec peine, car la couture vaginale au niveau du haut rectum gêne le passage des drains ; on arrive cependant à un résultat satisfaisant.

3° Un drain dans le vagin draine tout le champ opératoire.

4° Une péritonisation difficile et incomplète.

Suites opératoires. — Malgré deux heures d'opération, peu de choc, état satisfaisant. Pendant 48 heures, toutes les fonctions (miction, évacuation des gaz par l'anus) se font d'une façon remarquable. Puis, brusquement, la température monte et des phénomènes péritonéaux apparaissent. La malade, qui a vomi et pris un pouls rapide, éprouve une douleur intense au creux épigastrique et meurt. Malheureusement l'autopsie n'a pu être faite. Pièces conservées. Photographie.

OBSERVATION VI

(Service du Professeur TIXIER, Salle Saint-Louis,
Cahier 1909, p. 61)

Néoplasme de l'anse sigmoïde propagé à la vessie

Le malade, âgé de 32 ans, entre, le 8 mars 1909, à l'hôpital, avec des phénomènes d'occlusion chronique et des troubles du côté de la vessie.

A. H. — Père mort de méningite, à l'âge de 43 ans. Mère vivante et bien portante.

A. P. — Le malade a eu toujours une excellente santé. Il n'eut jamais un instant de maladie.

Il y a un an, en faisant un effort, il ressentit une violente douleur dans la fosse iliaque droite, mais cela passa de suite et, sans avoir vomi et sans avoir présenté quelques troubles du côté des matières, il continua ce qu'il faisait. Deux jours après, il fut pris de douleurs de la jambe droite. Un médecin appelé fit le diagnostic de sciatique. Il resta, de ce seul fait, pendant trois mois au lit. Il perdit peu à peu l'appétit et quand il recommença à se lever, il n'était pas très valide.

L'été se passa assez bien, cependant, pendant tout l'été, il eut la diarrhée, avec des glaires rouges, diarrhée constante, sans phases de constipation entre temps. En octobre, il prit froid, reperdit ses quelques forces retrouvées et redevint inappétent. Enfin, le 1^{er} janvier, il prit de violentes douleurs abdominales et se coucha. Pendant 24 heures, il eut alors des vomissements bilieux, accompagnés de diarrhée fétide. Depuis ce moment, le malade alla de plus en plus mal. Il a maigri de 30 kilos. Il y a vingt jours, son ventre commença à se gonfler. Il se sentait ballonné. Les douleurs siégeaient surtout à droite. Enfin, depuis, le malade ne va au cabinet que par lavement.

Rien au cœur, ni aux poumons.

Ventre météorisé. Exploration négative. Pas de gros foie, pas d'ascite.

Toucher rectal (Docteur Bonnet). — On sent à bout de doigt une grosse masse dure, occupant le petit bassin, adhérente, englobant les tuniques de l'intestin, qui sont ainsi immobilisées.

Les urines sont peu abondantes, très chargées en urates. Enfin, les réflexes sont peu marqués.

Intervention : 18 mars 1909. — Dès l'entrée, le Professeur Tixier pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Le gros intestin apparaît gros, dilaté. On aperçoit des taches de bougies sur l'intestin. Le néoplasme siège à la partie inférieure de l'S iliaque et sur le haut rectum, avec adhérences vésicales. On fait un anus contre nature sur l'S iliaque à gauche.

13 avril 1909. — Le malade part. Son anus fonctionne bien.

OBSERVATION VI

(Service du Professeur TIXIER, Salle A. Bonnet,
Cahier 1913, p. 116)

Cancer de l'anse sigmoïde propagé à la vessie

Le malade est âgé de 61 ans. Il entre à l'hôpital le 20 avril 1913. Il vient se faire faire la seconde partie d'une intervention pour néo-intestinal.

A. H. — Parents morts âgés. Un frère en bonne santé.

A. P. — Toujours bonne santé antérieure. Marié, 5 garçons en bonne santé.

Depuis longtemps, il était constipé, mais sans souffrir du ventre, lorsque, au début de juillet 1912, il se mit à prendre des coliques qui devinrent rapidement assez violentes. Elles prenaient naissance dans l'hypochondre gauche et se prolongeaient en éclair du côté droit. Pas de vomissements, à cette époque. Pas de sang dans les matières. Peut-être hémorragies occultes, car les selles étaient d'un noir foncé.

Dans les premiers jours d'août, il rentre à l'hôpital de Chambéry, où on lui fit un anus contre nature. En même temps, par une boutonnière de Guinard, on aurait constaté l'existence d'un néo-sigmoïdien.

Dans les premier temps qui suivirent l'anús contre nature, le malade eut des vomissements assez abondants et qui, une fois, durèrent cinq jours de suite. Amaigrissement assez considérable. Mais bientôt les vomissements cessèrent et le malade réengraisse.

Actuellement, il dit avoir à peu près son poids normal.

Les coliques ont disparu complètement. L'anús contre nature fonctionne parallèlement à l'anús naturel, pendant trois semaines. Depuis ce temps-là, il fonctionne seul. Pas de perte de l'appétit. Pas de dégoût pour les matières grasses et la viande. On ne sent rien à la palpation.

Le *toucher rectal* ne permet pas de sentir le néo-sigmoïdien.

Urines : Troubles, même un peu purulentes.

Poumons et cœur : Rien.

Intervention (Professeur Tixier, Docteur Bonnet) : 4 mai 1913. — Grande laparotomie sus-ombilico-pub. S iliaque très dilaté, donc obstacle en bas. Adhérences à la face postérieure de la vessie. Malade position Trendelenbourg. On extériorise la grosse tumeur formant magma égal à un gros poing. Entérectomie typique, avec section en coin du mésocôlon. Hémostase minutieuse, puis entérorraphie bout à bout. Double sujet soie, puis quelques points au catgut. Fermeture totale du ventre, sans drainage. Pièce conservée, repliée sur elle-même, de la longueur de 18 centimètres. Ouverte, elle est constituée par un rétrécissement annulaire squirrheux, très dur, et au-dessus bourgeons épithéliomateux gagnant toute la muqueuse environnante. La section a été portée en tissu sain et au point de vue opératoire, le résultat est très satisfaisant.

17 juin 1923. — Le malade va parfaitement bien et il va assez régulièrement à la selle par son rectum. Dans ces conditions, on décide de fermer l'anús contre nature de dérivation.

Opération suivant le procédé de l'entrée d'emblée. Entérorraphie latérale. Fermeture totale, soignée de la paroi ; on laisse la peau ouverte.

OBSERVATION VIII

(Service du Professeur TIXIER, Salle Saint-Philippe,
Cahier 1914, p. 11)

Cancer de l'anse sigmoïde avec adhérences vésicales

Malade âgé de 48 ans. Vient à l'hôpital pour des douleurs abdominales et des troubles de la défécation.

Marié ; père de 4 enfants encore vivants ; il a perdu une fille de 18 ans (probablement de congestion pulmonaire).

La femme est encore vivante et bien portante. Personnellement, il a toujours joui d'une bonne santé. N'a jamais présenté de lésions pulmonaires. Nie la syphilis et l'éthylisme. Le début de son affection remonte à plus d'un an.

Il a éprouvé d'abord, nous dit-il, des *troubles urinaires*, miction difficile et douloureuse. Jamais il n'a eu d'urines purulentes. Il n'a jamais eu de blennorrhagie, ce qui élimine toute pensée de rétrécissement urétral. Ce qui a dû exister à ce moment, c'est une prostate hypertrophiée, rien de plus sans doute, puisque le toucher est négatif à ce propos et que le repos et un traitement approprié ont eu raison de ces signes.

Bref, après trois ou quatre mois, ces signes urinaires disparaissent, et presque sans rémission, il présente des signes digestifs, coliques, quelques vomissements, sans hémathémèse, crises de constipation et débâcles. Il éprouve, en même temps, des douleurs lombaires et inguinales, qui se superposent à ces coliques. Mais jamais il n'a eu d'hémorragie rectale et jamais de selles noires.

Il a progressivement maigri, puisqu'il prétend avoir maigri de 27 kilos dans cette seule année.

Toucher : donne peu de signes. Rien à la prostate. Pourtant, tout à fait à bout de doigt, on sent peut-être une masse en chou-fleur, très végétante et molle à la face postérieure du rectum.

Cœur et poumons. — Rien.

Urines. — Troubles.

8 janvier. — Le malade a eu une violente crise de coliques, avec vomissements. Température : 39°3. C'est probablement un néo du côlon.

Intervention (Professeur Tixier, Docteur Bonnet) : 13 janvier 1911. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. On découvre l'S iliaque très dilaté. On suit, en bas, après avoir évidé, gros néoplasme derrière la paroi postérieure de la vessie, y adhérent. Laparotomie pararectale gauche, anus contre nature latéral, car le mésocôlon est si court qu'un anus terminal en canon de fusil serait difficile à exécuter. Fermeture du ventre.

15 janvier 1914. — Un peu d'albumine. Pas d'acétone, ni de sucre.

21 février 1914. — Le malade part avec un appareil. Résultats locaux et généraux satisfaisants. Quelques crises de coliques douloureuses.

OBSERVATION IX

(Service du Professeur TIXIER, Salle Saint-Philippe,
Cahier I, 1921, p. 260)

Néo du sigmoïde (Anus de Pollosson)

Malade soigné depuis un an et demi par un médecin qui ne fit pas de toucher rectal soigné pour hémorroïdes et troubles digestifs.

Le 19 novembre 1921. — Le malade arrive en occlusion aiguë. Ballonnement considérable, cadre colique, mais aussi distension du grêle, forme tout à fait rare dans le néo-sigmoïde. On sent, à bout de doigt, un néo du haut rectum. On hésite à pratiquer une cœcostomie ; mais on préfère, au cas où le néo serait opérable, faire un anus de Pollosson en canon de fusil ; en tout cas, l'incision à gauche permettra une exploration d'opérabilité du néo.

Donc, A. G. éther, car état général peu touché par le néoplasme. Incision à gauche, sur le bord du grand droit. Tout

l'intestin est distendu (gros et grêle), mais, c'est le grêle qui vient. Le côlon gauche est plaqué contre la paroi postérieure et très distendu. On cherche à l'extérioriser. C'est impossible, même en le suivant en tout sens, et on ne pouvait même pas le soulever sur une baguette de verre. On sent le néo plaqué contre le flanc gauche du promontoire, petit, limité en virole, mais un peu adhérent sur la face postérieure de la vessie.

On se résout à tenter un décollement du côlon. Celui-ci est pratiqué sur une hauteur de 15 centimètres, et cela permet une extériorisation juste suffisante. Ligature. Section des deux bouts. Fixation au péritoine.

Opération très difficile, à cause de la brièveté du méso, de la distension du côlon. Dans une faute d'anesthésie, les anses grêles font issue un instant dans la plaie. On parvient cependant à terminer un anus convenable. Pronostic réservé. Même si cela marche bien, l'opération a duré une heure, a été très difficile, trop importante pour une occlusion. Mais qu'eut-il fallu faire ?

OBSERVATION X

(Service du Professeur TIXIER, Salle Saint-Philippe,
Cahier N° 1, 1922, p. 184)

Cancer sigmoïdien en ficelle
(Extériorisation et résection avec anus)

Le malade entre dans le service en juin 1922, avec un syndrome d'occlusion intestinale chronique aggravée brusquement, nécessitant une intervention d'urgence.

Aucun antécédent susceptible d'être noté, sauf hernies inguinales droite et gauche, remontant, l'une à 28 ans, et l'autre à 12 ans, parfaitement maintenues par un bandage, n'ayant jamais descendu dans les bourses, toujours réductibles.

Les troubles intestinaux, qui se sont aggravés brusquement il y a quatre jours, au point que l'entrée du malade à l'hôpital a été nécessaire, remontent à quatre ans.

Début très lent de ces phénomènes intestinaux, caractérisés par des selles difficiles, des périodes de constipation opiniâtre, ne cédant que sous l'influence des purgatifs ou des lavements. Les selles ne sont pas difformées nettement, en tout cas le malade n'en a jamais remarqué ; il a noté souvent la présence de filets rouges de sang. Jamais de diarrhée.

Durant cette longue période, pas de vomissements, pas d'amaigrissement. Aucun trouble digestif, mais *quelques troubles urinaires*.

Brusquement, ces symptômes se sont aggravés, il y a quatre jours. Arrêt absolu des matières et des gaz, ventre très ballonné, vomissements. Un médecin appelé diagnostique : occlusion aiguë, et l'adresse d'urgence à l'Hôtel-Dieu.

Un lavement à son arrivée le débarrasse d'une selle abondante, ce qui permet d'attendre 48 heures.

A l'examen. — Ventre ballonné, élargi dans les flancs, gorguement ne présentant pas d'ondes péristaltiques.

La palpation révèle, dans la fosse iliaque gauche, une masse de la grosseur d'une mandarine, qui semble siéger sur le côlon sigmoïde.

Le *toucher rectal* montre une prostate hypertrophiée, la muqueuse glisse sur elle. Pas de signe de cancer du rectum, mais on sent à bout de doigt et avec l'aide de l'autre main qui déprime l'abdomen, une masse dans la fosse iliaque gauche, d'origine vraisemblablement néoplasique.

Intervention le 22 juin 1922 (Docteurs Bonnet, Bonnat Enselman). — Le malade est en état d'occlusion subaiguë chronique, qui se poursuit avec un état de stercorisme assez prononcé, malgré que les lavements aient amené l'évacuation de quelques matières.

Il convient absolument de pratiquer un anus contre nature, mais l'état d'intoxication profonde laisse redouter un pronostic très sombre.

Laparotomie sur le bord du muscle droit à gauche. L'anse sigmoïde très distendue conduit vers une zone adhérente de la région inguinale. Il y a là une induration et l'ase sigmoïde adhère de façon extrêmement intime au péritoine pariétal. On commence, par un décollement du péritoine pariétal, à libérer la partie adhérente qui est un petit cancer en ficelle

déjà perforé. On obture la perforation par une pince. On extériorise le segment intestinal porteur de la tumeur et l'on résèque celle-ci en laissant les deux bouts en canon de fusil. Il s'écoule immédiatement, par le bout supérieur très distendu, une quantité formidable de liquide noirâtre.

Le 28 juillet 1922. — Le malade quitte le service avec un anus contre nature et sans appareil.

OBSERVATION XI

(Service du Professeur TIXIER, Salle Saint-Philippe,
Cahier N° I, 1922, p. 17, 18 ; suite p. 84)

Néoplasme du côlon recto-sigmoïde adhérent à la vessie (Anus contre nature)

Malade âgé de 54 ans, entre le 22 janvier 1922.

A. H. — Père mort à 60 ans, de congestion pulmonaire. Mère décédée à 60 ans, de néoplasme du foie.

A. P. — Le malade nie la syphilis. Il a eu, à trois ou quatre reprises, des écoulements urétraux. Pas de maladie d'enfance. A 18 ans, apparition d'une hernie inguinale gauche. Plus tard s'en forma une à droite. A 25 ans, poussée grippale, série d'attaques rhumatismales aiguës polyarticulaires ayant duré deux mois. Convalescence longue. Le malade signale dans les antécédents deux ou trois épisodes de grippe. En 1917, il s'est plaint de digestions lentes et a été soigné à plusieurs reprises pour embarras gastrique. Cependant, il semble qu'il n'ait jamais vomi à cette époque. Il n'était pas spécialement constipé ; son appétit était toutefois très modéré ; les viandes dures étaient mal digérées. Cependant, de temps en temps, depuis six mois, coliques abdominales. C'est au cours de cet état que le malade, vers le 25 décembre, fut pris assez brusquement d'un malaise ; il rentre chez lui. La nuit, au lit, il eut des coliques abdominales, avec sensations de gargouillement, calmées par une évacuation pas très abon-

dante de selles pâteuses, non colorées de sang. Le malade ne vomit pas, sauf quelques nausées.

Depuis, le malade est resté au repos. Tous les trois jours, il présente des crises douloureuses abdominales ; les douleurs se calment après l'évacuation des sels, sans mucus, ni glaires, ni membranes. Plus tard, vomissements. Ces vomissements sont couleur café délayé, sans aliments (d'ailleurs le malade ne perd que des liquides). Il a maigri de 8 à 10 kilos. *A remarqué que les urines étaient moins abondantes.*

A l'examen. — Malade amaigri ; il a perdu, depuis décembre, 10 kilos. L'abdomen est ballonné ; le creux épigastrique saillant. Pas de matité spéciale, pas de sensation de flot, mais bien plutôt tympanisme généralisé. L'estomac semble dilaté. Pas de clapotage net. Pas d'ondes péristaltiques, ni tension intermittente au moment de l'examen. Nulle part n'existent des points particulièrement douloureux à la pression. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes. Il existe deux hernies inguinales qui n'ont jamais été tendues ni douloureuses. Au palper abdominal, on sent une résistance et une masse dans la fosse iliaque gauche.

Au *tocher rectal*, on sent, au bout des doigts, très haut, et sur la partie postérieure de l'ampoule, une masse à contours peu précis ; il est difficile de se rendre compte s'il ne s'agit pas de matière. La muqueuse est souple au niveau de l'ampoule ; elle glisse parfaitement ; même en avant on perçoit une zone résistante répondant à la prostate. Le toucher n'est nullement douloureux. Le malade ne souffre pas dans la défécation.

Le malade a quelque gêne de la miction. Il est obligé de pousser. La vessie ne semble pas dilatée. Température normale.

24 janvier 1922. — Le matin, on voit nettement se dessiner sous la paroi de l'abdomen des ondes péristaltiques.

La masse qui existait hier dans la fosse iliaque gauche a disparu ce matin. Le malade a été à la selle ; il semble qu'il s'agisse de matières beaucoup plus liquides qu'il ne les décrivait, avec membranes, reflet rouge. Il eut un vomissement couleur café.

25 janvier 1922 : *Première intervention* (Docteurs Bonnet, Maurizot). — A. G. éther. Laparotomie pararectale gauche. Ascite libre assez notable. On ne perçoit pas la partie supérieure de la tumeur, mais immédiatement au-dessus l'anse distendue de liquide.

L'anse sigmoïde a un *mésô très bref*. Aussi, impossibilité de faire un anus de Pollosson. On attire donc dans la plaie la partie la plus mobile et on glisse sous l'anse une double sonde œsophagienne, au-dessous de laquelle deux soies unissant les plans aponévrotiques.

27 janvier 1922. — *Température* : ABS.

27 février 1922. — Ouverture de l'anus au thermo sur presque toute la circonférence.

4 février 1922. — *Température* : 37° ; pouls : 80.

7 mars 1922. — Gêne très grande pour faire le lavage du bout inférieur ; le liquide ne passait pas.

Deuxième intervention. — Le *Professeur Tixier*, avant l'anesthésie pratique un toucher rectal. A bout de doigt, il sent une grosse tumeur adhérente en arrière et en avant, ne paraissant pas appartenir au haut rectum lui-même.

Premier temps : A l'ordinaire, par voie périnéale Lisfranc-Verneuil, on arrive à abaisser beaucoup le rectum jusqu'à la masse néoplasique tenant à la face postérieure de la vessie et l'échancrure sacrée. Tout à coup, on a l'impression de l'écoulement d'urine, Bernique, on est dans la vessie. Il faut voir par le ventre.

Deuxième temps : Trendelenburg. Laparotomie ; on constate une grosse masse néoplasique bloquant tout le pelvis, réunissant la paroi post-péritonéale de la vessie. Alors :

1° Section du bout supérieur au-dessous du débouchement de l'anus artificiel. On suit ce bout intestinal pour aller vers le périnée, et on constate alors que le néo est en réalité développé immédiatement au débris de l'S iliaque (sigmoïde) et que pour rejoindre la partie du rectum disséqué par le périnée, il faut dédoubler le mésocôlon, lier les vaisseaux successivement et enfin emporter en bloc l'intestin sous-jacent à l'angle côlo-descendant sigmoïdien.

2° On reconstitue un plafond péritonéal en suturant le péritoine pariétal prévésical au péritoine postérieur.

3° Fermeture soignée du ventre.

4° Petit drain sous la peau de la paroi.

Troisième temps : Gros tampon d'échancrure sacrée par lequel l'urine va s'écouler, car il est impossible de reconstituer une paroi postérieure à la vessie.

Critique. — 1° Dans le cours de la première intervention, il est curieux qu'on n'ait pas pu se rendre compte que le néo appartenait comme point de départ de l'S iliaque.

2° On aurait dû, puisque le liquide ne passait pas dans le bout inférieur, supposer des adhérences aux organes voisins et faire la cystoscopie.

3° Dans le doute, il vaut mieux pratiquer une laparotomie comme premier temps de l'intervention.

Décès le 7 mars 1922.

OBSERVATION XII

(Service du Professeur TIXIER, Salle Saint-Philippe,
Cahier N° I, p. 261, 262, 263)

*Néo recto-symoïdien de la convexité tombant sur le dôme
vésicale et adhérent à la paroi*

Malade âgé de 58 ans.

A. H. — Parents morts âgés, d'affections indéterminées.
Un frère et deux sœurs bien portants.

A. P. — Rien à signaler. Marié. Deux enfants bien portants.
Maçon, boit trois litres de vin par jour.

L'affection actuelle a débuté il y a environ deux ans. Le malade dit n'avoir jamais été constipé. Mais, par période, il avait des débâcles diarrhéiques qui calmaient ses douleurs. D'abord, pesanteur après le repas. Digestion lente. Douleurs abdominales marquées surtout dans la fosse iliaque gauche. Bruits intestinaux fréquents. Gargouillements et barborygmes nets au cæcum. Jamais de douleurs épigastriques. Jamais de vomissements. Le malade a, depuis longtemps, remarqué que

ses selles renfermaient du sang, ou plutôt étaient foncées, noires « comme du café ». Depuis six mois, à ces crises de diarrhée intermittente a succédé une fausse diarrhée. Le malade a des besoins fréquents d'aller à la selle, mais il n'émet que quelques grains sanguinolents et en même temps ces selles sont accompagnées de douleurs.

Amaigrissement considérable : 25 kilos en 18 mois.

Etat général. — Teinte jaune paille, asthénie marquée, appétit conservé, haleines fétides. Ventre ballonné, dilatation en cadre très nette. Clapotage cæcale. Ondes pristaltiques sur le trajet du gros intestin.

Foie normal. On ne sent pas la rate. Estomac dilaté, ptosé.

Toucher rectal. — Peu de chose. Légère induration de la paroi antérieure du rectum.

Le 23 août 1923 (Docteur P. Bonnet). — L'état de pâleur légèrement subictérique du malade, l'amaigrissement considérable font supposer la présence d'un néo du tube digestif. On se porte d'abord du côté de l'estomac. Mais l'absence de vomissements, l'absence de signes de sténose, l'absence de toute tumeur perceptible éloigne l'hypothèse d'un néo de l'estomac. En persécutant l'estomac, on trouve un tympanisme considérable à timbre basse. C'est donc le colon. La région cæcale est également sonore. Il existe un cadre colique. On pense donc à un néo sigmoïdien, d'autant plus que le malade localise le peu de douleurs qu'il a du côté gauche.

On ne perçoit rien à la palpation de l'abdomen.

Le *toucher rectal* permet de sentir à bout de doigt, au-dessous d'une prostate augmentée de volume, une tuméfaction diffuse et assez douloureuse. D'autre part, l'interrogatoire apprend qu'il a quelquefois des selles glaireuses, de faux besoins et que même il a fait du sang. *Il y a en outre des troubles urinaires.* Dysurie à faux besoins. Pour ces diverses raisons, on pense au néo de l'S iliaque ou au néoplasme de l'anse sigmoïde. Le siège de la tuméfaction, l'existence de troubles urinaires font songer à ces tumeurs sigmoïdiennes de la conexité qui viennent tomber sur le dôme vésical décrites par Michon. Il serait intéressant d'avoir une cystoscopie. Mais une radioscopie pratiquée après lavements mon-

tre sur la ligne médiane un point qui se remplit mal. Cette radioscopie confirmant les données cliniques, on se décide à intervenir.

23 août 1923 : *Intervention* (Docteur P. Bonnet, Déchaume, Russo). — Rachianesthésie, 7 centigrammes, médiocre, laquelle doit être complétée au cours de l'opération par un peu d'éther. Sous l'influence de la rachie, l'abdomen, qui est déballonné, montre à l'hypogastre une tuméfaction qui ressemble à un globe vésical qui serait rempli presque jusqu'à l'ombilic. Cependant, la partie culminante de cette tuméfaction est un peu sonore. On peut déprimer un doigt immédiatement au-dessus du pubis, où existe de la sonorité. Le cathétérisme vésical ne ramène que peu d'urine. Incision sur le bord externe du grand droit gauche s'arrêtant à l'épigastrique. On découvre immédiatement une anse sigmoïde distendu qui, sur la ligne médiane, est porteur d'une tumeur adhérente à la paroi abdominale et au dôme vésical. Il s'agit bien d'un néo sigmoïdien, mais très adhérent, qu'il ne faut pas songer à extérioriser. On pratique donc, à 15 centimètres au-dessus, au point qui se continue avec le côlon descendant, un anus en canon de fusil de Pollosson. L'anse sigmoïde se laisse mal extérioriser, parce qu'elle adhère au péritoine pariétal. On doit donc pratiquer un décollement pariéto-côlique, pour amener l'anse de la plaie. Tous les temps de fixation, de ligature du méso, de fermeture aponévrotique sont pratiqués avant l'ouverture de l'anse. On a préféré pratiquer un anus définitif, parce que l'on conçoit mal que la tumeur, très longuement adhérente aujourd'hui, soit susceptible de devenir mobilisable ultérieurement. Si cependant l'état du malade se remonte, si la cystoscopie en montre la possibilité, on tentera une exérèse secondaire

12 septembre 1923. — Cystoscopie faite par le Docteur Gauthier. (Voir fig. 3.)

OBSERVATION XIII

(Service du Professeur TIXIER, Salle Saint-Philippe,
Cahier N° 1, 1923, p. 104, 105, 141)

*Néoplasme en nide de l'anse sigmoïde avec quelques
adhérences à la face post de la vessie*

1^{er} avril 1923. — Première intervention d'urgence : *Cæcoto-
mie.*

3 mai 1923. — Deuxième intervention : *Résection de l'anse
sigmoïde ; suture termino terminale.*

Le malade a 64 ans, arrive dans l'Infirmerie de porte en
état d'occlusion intestinale aiguë.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — L'affection actuelle remonte à
un an environ. Habituellement constipé se met à présenter
des douleurs assez vives au moment où il allait à la selle.
En même temps le malade remarque des modifications du
côté de ses matières qui changent de forme, deviennent dures.
Peu à peu la constipation s'accroît, les douleurs deviennent
plus vives, le malade ne peut aller à la selle qu'après des
lavements.

Il y a deux mois, une fois en allant à la selle le malade
remarque la présence de sang et de glaires dans ses selles.
Ces hémorragies se sont répétées depuis, d'une manière dis-
continue. Cependant la constipation devient de plus en plus
grande à tel point qu'elle finit par devenir une véritable
occlusion qui nécessite son transport immédiat à l'hôpital.

A l'examen (D^r Rochet). — Ballonnement de l'abdomen.

2 mars 1923. — Toucher rectal facile et on sent à bout de
doigt une masse qui n'est pas située dans le rectum mais
au-dessus. On cherche par le palper bimanuel à l'explorer
et surtout à se rendre compte s'il y a des adhérences ou si
elle est libre.

On peut imprimer à la tumeur des mouvements de bila-
téralité assez étendus, mais elle semble bloquée dans le sens
antéro-postérieur et tenir surtout en arrière. Néoplasme pro-
bable de l'anse sigmoïde avec envahissement postérieur déjà

étendu. Malgré cela on décide une laparotomie pour se rendre compte de l'état des lésions et de leur degré.

1^{er} avril 1923 (1 heure du matin). — *Première intervention* (Docteurs Rochet, Malleg-Guy) : A. G. éther. Incision d'anus iliaque droit. On tombe sur des anses grêles, qui ne sont pas dilatées. On recherche en vain le cæcum. On referme l'incision et on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. A jour le ventre est mis, le gros intestin sort fortement gonflé. Le grêle n'est pas dilaté. On explore rapidement à la main la cavité abdominale et on voit que le gros intestin est fortement dilaté. Réintégration des anses. Suture rapide de l'incision médiane. On se reporte à la première incision que l'on prolonge vers le flanc droit, puis on peut attirer suffisamment le cæcum très dilaté, pour faire un anus cæcal. Tube de Paul.

3 avril 1923. — Le malade va bien, mais son ballonnement a peu diminué. L'anus fonctionne mal. Ablation du tube de Paul. Grands lavages intestinaux par le rectum et par l'anus qui donnent issue à une quantité considérable de matières dures.

Sous l'influence de grands lavages, le ballonnement disparaît, l'anus artificiel fonctionne, mais rapidement apparition d'un prolapsus muqueux considérable. Etat général bon. Ablation des fils métalliques de la laparotomie au treizième jour.

26 avril 1923. — Lavement baryté (M. Cade) montre un obstacle recto-sigmoïdien, mais on ne peut pas avoir de grandes précisions car le malade rejette continuellement le lavement qu'on lui donne.

3 mai 1923 : *Intervention* (Professeurs Tixier, Rochet, Duclos). — Rachianesthésie 10 cgr. de scirocaïne. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pas d'adhérences gênant l'entrée dans le ventre. Le gros intestin n'est pas distendu. Les parois en sont souples, sans aspect inflammatoire. L'S iliaque est mobile. Cercle néoplasique au niveau de la partie terminale de celle-ci, mais c'est bien un néoplasme sigmoïdien et non pas recto-sigmoïdien. Le mésentère est rétracté. On ne sent pas des ganglions, sauf au voisinage immédiat de la tumeur et quelques adhérences à la face postérieure de la vessie.

Section de l'S iliaque à sa partie moyenne et environ 10 centimètres de la tumeur. Décollement du méso-sigmoïde. Ligature à la soie de l'artère mésentérique inférieure et sa veine. La ligature est basse immédiatement au-dessus de l'anostomose de Sudek. On pousse aussi loin que possible le décollement rétro-recto-sigmoïdien, ce qui permet d'attirer la tumeur assez facilement. A 5 centimètres au-dessus de la masse néoplasique on fait au bistouri et au ciseau une colette séreuse antéro-latérale. Mise en place d'un clamp et section du haut rectum. Suture termino-terminale à trois plans intérieurs et deux plans postérieurs en fermant avec soin à droite et à gauche les commissures du décollement du méso-sigmoïde. Fermeture totale de la paroi.

Examen de la pièce. — Néoplasme typique de la partie terminale de l'anse sigmoïde. Au-dessous du côté rectal, petit polype muqueux; au-dessus la muqueuse intestinale présente des traces d'ulcération ancienne.

13 mai 1923. — Phlébite gauche; gouttière.

18 mai 1923. — Œdème malléolaire droit.

25 mai 1923. — On enlève la gouttière à gauche, et disparition de l'œdème à droite.

13 juillet 1923. — Cerclage à la Tyrsc de l'anus contre-nature, cerclage destiné à lutter contre le prolapsus muqueux considérable et pour essayer de faire fermer la fistule cæcale.

29 août 1923. — Six heures du soir : état grave. T. 39°, pouls 108, sueurs abondantes, ventre ballonné très douloureux; œdème des membres inférieurs.

Refroidissement des extrémités. Mort à 11 heures du soir.

OBSERVATION XIV

(Service du Professeur TIXIER, Salle Saint-Philippe,
Cahier N° 1, 1923, T. 88, 89, 94)

Cancer de l'anse sigmoïde propagé à la vessie

M..., 63 ans, entre dans le service du Docteur Favre le 25 mars 1922 pour des phénomènes douloureux persistants depuis plusieurs mois.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Chancre à 22 ans. Traité pendant deux ans par des pilules de protoïodure de Hg. Bonne santé habituelle. Gardien de la paix ; mis à la retraite à 50 ans pour des douleurs vives dans les membres inférieurs, douleurs durant quelques minutes. Depuis cet âge également gêne de la marche et de la station debout. Il y a quatre ans et pendant une période de deux ans environ des phénomènes intenses apparaissent, à part une longue période de rectite glaireux, envies fréquentes d'aller à la selle — émission de quelques glaires parfois sanglants. Pas de douleurs. Pas de phase d'obstruction. Puis les symptômes disparurent et le malade ne ressent plus rien pendant un an.

Depuis huit mois, période d'obstruction et constipation chronique qui force le malade à se purger et à prendre des lavements tous les jours. En plus, sensation de cuisson très vive à l'anus. Cette douleur persiste environ pendant un quart d'heure après la défécation, puis finit par se calmer. C'est surtout à cause de ces douleurs que le malade vient dans l'hôpital. A noter un amaigrissement de 10 kilos.

A l'examen. — Malade présente un bon état général, non cachectique, très légèrement amaigri. Pas de température.

Poumon. — Léger signe d'emphysème.

Toucher rectal. — Douloureux, la muqueuse est saine. On ne sent aucune induration, aucun rétrécissement.

Wassermann. — Négatif.

Liquide céphalo-rachidien. — Normal.

28 avril 1922 (*Docteur Favre*). — Le toucher rectal révèle une infiltration de la paroi antérieure. Au niveau du lobe gauche de la prostate et le long de la vésicule séminale gauche on sent une sorte de cartonnage avec des petits lobules. Rien ne rappelle une infiltration néoplasique en évolution. Le malade souffre d'ailleurs on seulement à ce niveau mais de façon diffuse dans toute la région rectale. Douleurs irradiées dans les fesses. Pas d'écoulements glaireux ou sanguinolents.

13 mai 1922. — Le malade sort du service du D^r Favre.

16 mars 1923. — Le malade rentre de nouveau dans le service du D^r Favre pour des douleurs et des troubles de la défécation marquée par une constipation durant plusieurs jours et à laquelle succède une débâcle diarrhéique avec quelquefois des glaires sanguinolents. Pas de douleurs abdominales. Au toucher on perçoit dans la partie supérieure du rectum une véritable sténose cutanée du tissu dur.

19 mars 1923. — L'impression que donne aujourd'hui l'examen est celle d'un néoplasme rectal, siégeant très haut et surtout sur la partie latérale gauche, une grosse masse autour de laquelle est creusée l'orifice très rétréci du rectum. Il est à noter que le malade ne fait pas du sang.

Le même jour le malade est envoyé dans le service du Professeur Tixier.

28 mars 1923 : *Intervention* (Professeur Tixier, Docteur Bonnet). — A. G. éther. On pratique sur le bord du grand droit du côté gauche relativement près de la ligne médiane une grande incision de laparotomie para-rectale. Le péritoine ouvert on voit immédiatement des anses grêles qui occupent la fosse iliaque gauche. Le gros intestin ne s'y trouve pas, il en est séparé par un paquet d'anses grêles et se trouve refoulé légèrement à droite de la ligne médiane. On a d'ailleurs beaucoup de peine à l'attirer dans la fosse iliaque gauche car son méso est rétracté, retenu par des brides extrêmement nombreuses qui au premier abord paraissent être son méso et qui en réalité ne sont qu'un accolement secondaire au mésentère d'un cæcum.

On attire d'abord vers le haut l'anse sigmoïde pour explorer la tumeur. Celle-ci commence à l'entrée du bassin par une induration du côlon, elle adhère par des brides inflam-

matoires au péritoine pariétal et à la face postérieure de la vessie qui se trouve distendue. Pour le moment la tumeur paraît inopérable, mais peut-être l'anus la modifiera suffisamment. On essaye de modifier la longueur du méso en libérant l'anse sigmoïde de ses adhérences secondaires. Pour cela on sectionne aux ciseaux les brides au ras de l'intestin. On arrive aussi à libérer plusieurs étages d'adhérences et à amener à l'extérieur l'anse sigmoïde. On établit alors un anus en canon de fusil de Pollosson typique très régulier dans ces temps. Il n'y avait pas d'ascite.

26 avril 1923. — On perçoit au toucher rectal une sorte de plafond induré, bouclé dans lequel on a grand'peine à reconnaître une dépression latérale droite qui peut être interprétée en étant un canal néoplasique. On parvient à grand'peine à y introduire deux tubes à 50 milligrammes du radium répérés à l'extérieur par des fils.

28 avril 1923. — Ablation du radium dont la conservation en place a été extrêmement douloureuse. Pas de réaction thermique. Soulagement des douleurs après l'ablation.

4 mai 1923. — Le malade quitte le service. Bon état général.

22 juin 1923. — *Docteur Bonnet* constate l'aggravation du néo.

OBSERVATION XV (Inédite)

(Service de M. Pr. GAYET)

Néoplasme de l'anse sigmoïde

P..., Antoine, 47 ans, cultivateur.

Entré le 23 février 1920.

Le malade vient pour des douleurs vésicales survenues depuis un mois environ.

A. personnels : Scarlatine à 22 ans.

Rien d'autre à signaler : pas de douleurs rhumatismales. Le malade dit avoir eu une gastrite : il dit avoir eu de la

diarrhée, surtout des glaires et du sang, n'a jamais vomi du sang.

Blennorrhagie à 20 ans ; pas de syphilis.

Examen de malade : miction toutes les deux heures, la nuit une ou deux fois. Le malade dit qu'il reste une demi-journée sans uriner. Douleur à la miction — au début et à la fin de la miction. *Pas d'hématurie.*

Le malade dit avoir uriné très trouble mais par intermittence, chez lui le malade a eu des coliques dont le malade ne peut être précisé. *Douleurs lombaires des deux côtés.*

A la fin de la colique, le malade dit uriner trouble, quelquefois ne peut uriner.

Examen non instrumental : Rien. La palpation ne relève rien au niveau de la vessie.

Principalement douleurs dans la région appendiculaire.

Examen général : Température 37°4, rien à signaler sauf *l'amaigrissement de 20 kilos.*

Réflexes normaux : *Constipation habituelle.*

Exploration instrumentale : Pas de rétrécissement. Le spasme empêche la boule de passer, puis on passe une sonde à grande courbure.

Interrogatoire au point de vue spécificité est complètement négatif, réflexes normaux, pas de perte de cheveux.

Toucher rectal (M. Tavernier) mène assez profondément sur une *tumeur dure, volumineuse*, qui semble au premier abord pédiculée sur la partie droite du sacrum et occupe la plus grande partie du détroit supérieur.

Palpation bimanuelle difficile à cause de la résistance de la paroi, permet de se rendre compte que cette masse remonte à peu près jusqu'à l'ombilic, mais donne l'impression presque rétro-péritonéale. Les mouvements imprimés par la main supérieure se transmettent au pôle libre dans le petit bassin, mais non dans la région que l'on prenait pour un pédicule sacré, qui ne se mobilise pas, qui donne l'impression d'adhérence autour d'une tumeur.

Intervention (M. Tavernier), 31-1. — Laparotomie exploratrice montre une *énorme tumeur, grosse comme une orange à l'extrémité inférieure de l'S iliaque adhérent à la vessie, au mésentère et comblant entièrement le petit bassin.* Un

début prudent de libération montre clairement au bout de quelques instants que la vessie est non seulement adhérente mais envahie dans toute son épaisseur par le néoplasme qui pousse même ses prolongements dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Dans ces conditions, on referme simplement l'abdomen.

Le 9 avril 1920. — Anus iliaque (M. Gayet).

Le 11 avril 1920. — Ouverture de l'anus.

Le 12 avril 1920. — *Mort par cachexie.*

OBSERVATION XVI (Inédite)

(Service de M. Pr. GAYET)

Néoplasme de l'S iliaque

Ch... Cl., 53 ans, entré le 1^{er} mars 1921. *Vient parce qu'il aurait de la rétention d'urine.*

A. H. — Rien à signaler.

A. P. — Ne se rappelle pas d'avoir été malade. Marié, pas d'enfant. *Blennorragie à 25 ans. Nie la syphilis.*

Il y a un an le malade a eu pendant huit jours des *vomissements très abondants et assez fréquents*. Il s'agissait de vomissements *bilieux*, avec douleurs extrêmement violentes à un niveau du creux épigastrique. D'autre part, au niveau de la vésicule biliaire, le malade dit avoir eu une douleur extrêmement vive augmentée par la pression.

Depuis cette époque pas de nouvelles crises, le malade n'a pas perdu l'appétit, ni maigri. Pas de constipation ; cependant ballonnements assez fréquents.

Il y a un mois, le malade raconte qu'il souffrait au niveau de la verge au moment de la miction et il lui fallait faire un léger effort pour uriner.

Pas de miction plus fréquentes. Urines un peu rouges, mais non troubles.

Le malade va voir un médecin qui lui parle de rétention d'urine et l'envoie à l'hôpital.

A l'entrée. — Malade un peu amaigri et pâle ; la miction est normale ; les urines un peu rouges sans dépôt.

A la palpation, on sent une *masse dure au niveau de la région vésicale* ; masse dure, tendue et remontant à peu près au niveau de l'ombilic. La palpation n'est pas douloureuse. Lorsqu'on sonde le malade, on ne réussit à faire sortir que quelques grammes d'urine et on ne réussit pas à modifier la masse de la région hypogastrique.

Le reste de l'appareil urinaire n'offre rien à signaler. *Toucher rectal négatif.*

Appareils digestif : Langue un peu saburrale, mais pas d'anorexie ; au niveau de l'estomac : clapotage, l'estomac paraît distendu et descendu au-dessous de l'ombilic. On ne sent aucune masse. Pas de douleurs à la palpation ; pas de ténésme intermittent, pas d'onde péristaltique. Rien à signaler au niveau du cœur, des poumons et du système nerveux.

Le malade, au point de vue d'état général, croit avoir légèrement maigri.

Le 1^{er} mars. — Cystoscopie. Muqueuse vésicale normale, uretères normaux, mais sur la face antérieure de la vessie une tente transversale allongée en forme de croissant siégeant dans une sorte de cul-de-sac profond de 2 à 3 $\frac{1}{m}$.

Le 7 mars. — Depuis son entrée le malade a fait de la température ; oscillations aux environs de 39°. Pouls rapide (environs de 100).

Abdomen tendu, météorisé, douloureux au niveau de la région appendiculaire. Pas de constipation, pas de vomissements, on se décide à intervenir.

Intervention (M. Prof. Gayet), 6 mars, incision ; on se trouve en présence d'un pus à odeur pécaloïde.

Depuis l'intervention, vomissements abondants ; température à 38°5 ; pouls à 90 assez bien frappé, le malade très abattu.

Mort le 8 mars 1921. A l'autopsie, cancer de l'S iliaque adhérent à la vessie.

OBSERVATION XVII (Inédite)

(Service de M. Pr. GAYET)

Néoplasme du dôme vésical avec fistule vésico-intestinal

Mme V..., 46 ans, entrée le 1^{er} février 1922.

Entre pour douleurs abdominales avec pollakiurie trouble.

Antécédents. — Mariée, six enfants en bonne santé, deux enfants morts de la grippe.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade avant 1918, date à laquelle elle a eu une grippe assez forte suivie d'anémie qui la force à arrêter son travail pendant sept semaines et reste alitée trois semaines.

Depuis cette grippe la malade se relève bien mais s'en ressent et dit avoir maigri, perdu l'appétit. *En mai 1921, la malade remarque brusquement qu'elle urine très trouble, ses urines sont très fétides.* Cette première miction trouble n'est pas douloureuse ; la malade se mit au lit pendant trois jours. Les urines cessent d'être troubles, mais à partir de ce moment elle urine plus souvent. *Cette pollakiurie est surtout diurne ; après ces trois jours de maladie, la malade se sent très faible, mais elle recommence à faire son ouvrage.*

Mais aussi à partir de cette époque, la malade remarque que le nombre de ses selles augmentent (3 ou 4 fois par jour). *Ces selles sont très peu abondantes, bien qu'elles aient été précédées d'une forte envie de déféquer ; elles présentaient des glaires abondantes, mêlées aux matières qui étaient recouvertes de sang noir.* Parfois une selle n'était formée que de glaires sanguinolentes. *Mais elle note d'autre part que ses matières étaient minces comme une lame de couteau.*

Cet état dure jusqu'en décembre 1921. Pendant toute cette période elle ne présente du côté urinaire que de la pollakiurie avec envie brusque d'uriner et douleur à la fin de la miction.

Il y a trois mois, au début de décembre, dans la nuit, la malade est réveillée brusquement par une douleur qui occupe tout le bas-ventre. Cette douleur très vive dure dix à quinze

minutes. *La malade urine en se forçant, et la miction lui calme sa douleur, mais elle remarque qu'à la fin de la miction quelques gaz passent par son urètre.* Ces crises douloureuses reparaissent la nuit et le jour et sont légèrement calmées par des injections d'eau tiède, la malade s'alite et les gaz disparaissent.

Cet état dure jusqu'à il y a quinze jours, avec des *vomissements de bile* et la malade remarque une *augmentation progressive des symptômes douloureux*. Il y a quinze jours la malade remarque que ses urines présentent une *couleur café au lait avec odeur des matières* ; comme troubles de la défécation on note des hémorragies douloureuses avec des glaires plus ou moins purulentes, et d'autre part les gaz reparaissent par l'urètre.

Il y a huit jours, la malade va à une clinique au Puy, où on lui fait des lavages de vessie. Ses douleurs semblent s'accentuer, et on lui fait quatre piqûres de morphine.

La malade entre dans le service le 1^{er} février pour complètement d'examen et intervention s'il y a lieu.

A l'entrée : le 3 février 1922, on est en présence d'une malade présentant un bon état général.

Mictions très fréquentes, toutes les demi-heures, le jour comme la nuit, mais la malade sent des envies excessivement brusques d'uriner.

Urines, couleur jaune-brun avec dépôt brunâtre contenant visiblement des matières, odeur fécaloïde.

On sonde la malade : Urines troubles après lavage, il sort par la sonde un gros filament que l'on examine au microscope ; il contient de nombreux colibacilles, de la fibrine. Quantité d'urines : 1.800 cc.

Le 2 février 1922. — Cystoscopie.

Capacité vésicale bonne : 400 grammes.

A la partie supérieure de la vessie on trouve une tumeur végétante occupant tout le dôme et à base d'implantation presque grande comme la paume de la main, à travers laquelle on voit suinter par moments quelques débris floconneux.

Le 11 février 1922. — Les douleurs augmentent. Depuis trois jours crises de subobstruction, constipation. Le 7 février

1922, la température à 40°3, puis redescend assez rapidement à 37°6.

Intervention (M. Prof. Gayet et M. Desgouttes) le 18 février 1922.

Incision médiane sous-ombilicale. *On tombe, à l'ouverture de la cavité péritonéale sur l'anse sigmoïde légèrement dilatée et enflammée.* On reconnaît immédiatement qu'elle présente en son milieu des *adhérences très fortes, avec le dôm vésical.* De plus cette anse est adhérente en haut à la masse ganglionnaire située dans le méso-sigmoïde et se prolongeant avec les ganglions de la chaîne aortique formant ainsi un paquet pourtant légèrement mobile dans le sens transversal.

On referme la cavité sans drainage on établit un anus artificiel gauche.

Le 10 mars 1922, depuis l'intervention, l'état général de la malade est bon, la température est normale, actuellement l'urine sort par l'anus artificiel et par l'urètre. La malade se plaint de douleurs ; la plaie se cicatrise lentement.

Le 1^{er} avril 1922, les douleurs durent toujours au moment de la miction et les urines ne passent plus par l'anus artificiel.

Le 18 février 1922, la plaie est à peu près cicatrisée, la malade sort avec un appareil. L'état général est bon.

OBSERVATION XVIII (Inédite)

(Service de M. Pr. GAYET)

Cancer de l'S iliaque propagé à la vessie

M..., 61 ans, vu le 26 novembre 1921.

Appelé en consultation par le Docteur Chabaliér, M. le Professeur Gayet trouve un malade qui a présenté depuis le 1^{er} novembre des troubles gastriques : *dysphagie, anorexie, langue saburrale.* Il y a huit jours, température à 38°5, descendant ensuite lentement à la normale.

M. le Docteur Chaballier, appelé à ce moment, a trouvé de *l'empâtement prérectal et une sorte de résistance péri-sigmoïdienne*, a pensé à de la sigmoïdite, a donné laxatifs, lavements chauds. Il y a eu amélioration, mais actuellement *douleurs prérectales, douleurs à la miction, pollakiurie, pyurie*.

Au toucher, la prostate est très douloureuse, mais non grosse ; c'est surtout au-dessus, au niveau du bas-fond qu'on éveille de la douleur et qu'on perçoit une induration. Pas de résidu. *La miction après le toucher donne une urine louche avec un ou deux filets sanguinolents*.

Traitement : résolutif, urotropine.

Le 19 janvier 1922 ; revu par M. le Prof. Gayet. En ce moment, M. le Prof Gayet trouve une prostate petite, mais au-dessus sensation d'une *poche fluctuante*. On pense à un résidu mais la sonde ne ramène rien. *Ce toucher est très douloureux*, ainsi que le sondage, spasme au col nécessitant l'emploi d'une sonde métallique.

Douleur dans toute la fosse iliaque gauche et jusqu'au rein gauche où il y a une certaine défense.

Le malade entre à la clinique Saint-Charles.

Les *températures* sont *élevées* ces jours-ci.

Le 20 janvier 1922, cystoscopie à Saint-Charles, vessie déformée, la face postérieure bombant fortement de façon à délimiter une rigole du bas-fond et deux poches latérales, quelques cellules. La face postérieure est tourmentée, cérébriforme ; en outre *deux petits bourgeons* d'aspect néoplasique.

Un toucher nouveau montre une *masse dure dans le Douglas*, le diagnostic s'oriente vers le cancer de l'S iliaque, d'autant que le *malade* est toujours *constipé*, a des selles laminées et on a vu du *sang dans ses selles*. Le Prof. Gayet propose un anus contre-nature. *Fièvre continue*.

Le 23 janvier 1922, sigmoïdostomie à Saint-Charles, procédé Mayotl-Reclus.

*Le 25 janvier 1922, ouverture au thermocautère de l'an*us. La température tombe de suite pour ne plus remonter.

*Le 7 février 1922, le malade rentre chez lui, l'an*us *fonctionne bien*.

Le 24 février 1922, le Prof. Gayet et M. Chabalier ont vu le malade. L'anus tend à se cicatriser, les matières passent peu en bas et font souffrir ; dilatation forcée au doigt de l'anus iliaque.

Le 2 mai 1922, le malade est revu, va bien, bonne mine, anus fonctionne bien.

Le malade a souffert il y a un mois pour évacuer les paquets de matières par le bas ; depuis ne souffre plus ; *cystite guérie cependant fait du sang par l'anus.*

Au toucher, on ne sent plus rien, mais le doigt revient taché de sang.

Le 29 octobre 1922 : même état, cependant le malade se plaint de souffrir à la région hépatique. Foie un peu gros.

Au toucher, *masse dure et douloureuse à la pression au niveau du Douglas.*

Urines parfaitement claires.

Mars 1923 : Le malade vit toujours, mais se cachexie.

OBSERVATION XIX (Inédite)

Service de M. le Prof. VILLARD)

Néoplasme de l'anse sigmoïde

C... Jules, 60 ans. Entré le 9 janvier 1923.

Début de l'affection au mois d'août marqué par de la constipation. Au mois de septembre le malade a de la *fièvre*, 38°8, des frissons, *l'abdomen était ballonné*, mais le malade continuait à aller à la selle. Durée de cinq jours, pendant cette crise, *douleurs dans la fosse iliaque gauche* ; même crise, la douleur était très vive, la température reste à 38°8, durée de deux à trois jours, accompagnée d'un *gros météorisme, ventre dur.*

Depuis août, le malade se constipe, il n'y a pas de débâcle diarrhéique ; il continue à avoir des selles quotidiennes mais peu abondantes, *les selles sont rubanées jaunes, non sanglan-*

tes. Une seule fois le malade a fait des glaires avec un peu de sang. *Jamais il n'y a eu d'arrêt complet des matières et des gaz, jamais le malade ne vomit ; il a perdu l'appétit, a restreint progressivement son alimentation, amaigrissement de 10 kilos environ depuis septembre. Jamais de vomissements. Alité depuis le 27 décembre.*

La douleur n'a jamais été très violente, sauf au cours des crises douloureuses accompagnées de fièvre. Le malade a souvent des coliques qui s'accompagnent de borborygmes, mais la douleur reste supportable.

A l'examen : météorisme. Pas de point douloureux abdominal. Le météorisme porte surtout sur la région sous-ombilicale, le ventre est étoilé, l'abdomen est souple.

A la palpation, on perçoit le cæcum et le côlon descendant dilaté. Dans la fosse iliaque gauche, présence d'une tuméfaction inconstante, variant d'un jour à l'autre, disparaissant même au cours de l'examen. Péristaltisme intestinal net, anses sous la peau.

Toucher rectal. — A bout de doigt, on sent une masse antérieure très élevée un peu douloureuse. La main abdominale lui imprime des mouvements qui sont perçus par le doigt rectal. La muqueuse rectale semble bien plissée sur la masse.

Le malade se plaint en outre d'envies fréquentes d'uriner, ses urines sont claires, ne contiennent ni sucre ni albumine.

Intervention. — Le 17 janvier 1923 : Laparotomie médiane sous-ombilicale en Trendelenburg. Il s'agit d'un néoplasme de la partie moyenne de l'anse sigmoïde qui s'est soudée à la face postérieure et inférieure de la vessie. Libération délicate qui permet cependant de dérouler le côlon pelvien et de le mobiliser facilement. On hésite à réséquer la paroi postérieure de la vessie qui semble infiltrée par le néoplasme, mais on y renonce devant l'étendue de la résection à pratiquer et la crainte d'être obligé d'intéresser les deux uretères.

La suture serait probablement impossible. On pratique donc la résection de l'anse sigmoïde avec suture bout à bout. Par mesure de sécurité on fixe à la paroi la ligne de suture à ses deux extrémités. Fermeture sans drainage.

La pièce montre un volumineux néoplasme annulaire. La

résection d'une longueur de 40 %_m a été nécessaire par la présence d'un noyau induré pariétal siégeant à 8 ou 10 %_m au-dessus de la lsion principale.

Sortie le 17 février 1923.

OBSERVATION XX (Résumée)

(HELPERICH, in thèse *Lancet*)

Cancer de la portion initiale de l'anse sigmoïde avec perforation de la vessie. Anastomose entre le côlon transverse près du côlon descendant et la partie terminale de l'anse sigmoïde. Rétrécissement de deux parties adjacentes de l'intestin exclu, mort par péritonite.

Souffrait depuis cinq semaines de douleurs abdominales et de constipation. Il y a quatre semaines, urines deviennent troubles. On sent par le palper, le toucher vaginal et rectal une tumeur de la grosseur du poing, située derrière la symphyse et un peu mobile. Le cathétérisme amène de l'urine sale, mélangée de matières fécales. 28 novembre : Intervention. Helferich pratique une laparotomie latérale. On trouve une tumeur de la partie supérieure de l'anse sigmoïde de la grosseur d'une pomme et adhérant à la vessie. On juge l'extirpation impossible. On pratique une anastomose du côlon transverse avant l'angle splénique et du début de l'anse sigmoïde. Cette anastomose latérale est faite au bouton de Murphy. On ne sectionne pas l'anse exclue, on se contente de rétrécir fortement sa lumière près de la bouche anastomotique, au moyen de sutures à points séparés.

Tout va bien jusqu'au septième jour ; dans la nuit, douleurs violentes, température 39°, pouls 124. Mort huitième jour.

Autopsie : On trouve une péritonite putride, due à ce que la suture anastomotique a cédé au moment de la chute du bouton.

OBSERVATION XXI

(CZERNY)

Cancer de l'S iliaque avec abcès ouvert dans la vessie et le vagin, avec fistule entéro-vésico-vaginale. Drainage d'un abcès stercoral situé au-dessus de la symphyse. Mort.

OBSERVATION XXII

(W. RICHARDSON)

76 ans. Souffrait depuis treize ans de constipation résultant de quelques rétrécissements du côlon descendant. En août 1871, tumeur molle au-dessus du bord du pelvis ; par le rectum on crut sentir la partie la plus basse de la tumeur. En septembre, miction fréquente et difficile nécessitant souvent le cathétérisme. Un peu plus tard, vents par l'urètre. On trouva dans l'urine des fibres musculaires non digérées, du sarcolemme, des grains d'amidon. En octobre et novembre, beaucoup de fèces dans l'urine.

Mort quelques jours plus tard.

Autopsie : Masse cancéreuse sur la flexure sigmoïde adhérent à la partie supérieure de la vessie. Etroit canal allant de l'intestin à la vessie à travers la masse adhérente.

OBSERVATION XXIII

(H. CRIPPS)

50 ans. Une ou deux fois, perte de sang par le rectum. Trois mois plus tard, irritabilité de la vessie avec miction plus fréquente. Quatre mois plus tard (mars), un peu de gaz par le pénis, les gaz sont bien décelés par la miction dans un bassin. En avril, urine acide, épaisse, déposant un

sédiment brun. Vers la fin du mois, fèces en grande quantité par le pénis, douleur aiguë, rétention d'urine quand le canal s'obstruait. L'urine ressemblait à de la purée de pois avec une notable quantité de matières fécales comme du mastic de vitrier. Sous chloroforme on sentit une dureté qui paraissait être le bord inférieur d'une tumeur du bassin. Du lait injecté dans la vessie passe dans le rectum.

Colostomie au mois de mai. Quatre jours après, presque plus de matières dans l'urine, presque plus de douleurs, irritabilité de l'intestin très diminuée. Dans les jours suivants, sang et petites masses gélatineuses (cancer) par l'anus.

Mort à la fin de la première semaine de juin.

OBSERVATION XXIV

(TAVIGNOT)

65 ans. Dysenterie à 16 ans. Hémorroïdes. Depuis dix-huit mois, constipation, amaigrissement.

Depuis quinze jours, le patient est obligé de presser sur l'épigastre pour uriner. Au toucher, tumeur rectale à 6 ou 7 cm. au-dessus de l'anus.

Le 4 août, petite eschare brunâtre autour du méat urinaire avec tuméfaction œdémateuse du prépuce ; pour l'urètre, gaz tantôt inodores, tantôt fétides. Les gaz passent quand il urine en allant à la selle. Le 8 août, il se détache de l'urètre un schare de 4 à 5 pouces. Mort.

Autopsie : Cancer de l'S iliaque avec perforation de 3 cm. Sur la vessie, perforation de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Cancer du rectum. Un peu de rougeur de la muqueuse du bas-fond de la vessie.

OBSERVATION XXV

(TUFFIER et DUMONT)

Fistule intestino-vésicale consécutive à un cancer de l'S iliaque

Mme Le F..., 52 ans, épicière, entrée à la Pitié, le 10 août 1897.

A. H. — Mère, quatre-vingts ans, bien portante. Père mort paralysé. Deux tantes sont mortes de tumeur (?).

A. P. — N'a jamais fait de maladie jusqu'à cette année. Réglée à 11 ans, très régulièrement. A 17 ans, aurait eu « une fièvre muqueuse ». A 27 ans, première grossesse normale. Accouchement laborieux, mais sans complications. L'enfant, un fils, meurt de la poitrine à 17 ans. Dans les trois années qui suivent, la femme accouche trois fois, chaque fois à terme, sans complications. A 34 ans, dernière grossesse également normale. Suites de couches bonnes.

A. H. : A Pâques de cette année, la malade ressentit sans motif apparent et pendant quinze jours des douleurs assez vives, mais tolérables, dans tout le ventre. Urines normales, mais pollakiurie diurne et nocturne. La malade est tranquille ensuite pendant presque un mois; pendant ce temps, elle se soigne en suivant les conseils d'un médecin (application de cataplasmes laudanisés, purgation et lavements simples). Puis les douleurs reparaissent, deviennent plus vives, se localisent au-dessus du pubis et s'exaspèrent pendant la miction et la défécation, qui sont très pénibles. Le ventre est ballonné pendant quelques jours et la malade a des vomissements verdâtres.

Il y a quinze jours, à la suite d'un lavement, la malade s'aperçut que ses urines se troublaient et contenaient des particules solides ressemblant à des matières fécales; les urines sentaient d'ailleurs horriblement mauvais.

Son médecin lui fit deux lavages de la vessie et lui conseilla d'aller voir immédiatement M. Tuffier.

E. A. : Actuellement, les douleurs sont tolérables, apparaissant exclusivement pendant les mictions; celles-ci sont aussi fréquentes la nuit que le jour (la malade se réveille cinq ou six fois pour uriner).

Les urines sont troubles, jaunes et déposent beaucoup; sédiment gris, sale ou vert, d'odeur fécalloïde, au milieu duquel on croit reconnaître des débris d'aliments ou des tissus nécrosés.

Pas de douleurs sus-pubiennes, comme autrefois.

Jamais la malade n'a eu quoi que ce soit qui ressemblât à des coliques néphrétiques. En particulier, elle n'a jamais vu de sang ni de graviers dans ses urines. Elle n'aurait jamais remarqué que les gaz passaient par l'urètre; en revanche, elle croit que ses urines passent par l'anus, car ses selles sont presque liquides et sentent parfois l'urine; mais la plupart du temps, elles ont une odeur infecte.

Etat local : Ventre de batracien, énorme et très adipeux. On sent, au-dessus du pubis, un empâtement assez dur et rien de plus; on ne détermine aucune douleur par la pression sus-pubienne. Au toucher vaginal, comme au toucher rectal, on ne sent rien de particulier. Le cathétérisme vésical ne dévoile rien d'anormal; la cystoscopie n'a pas été pratiquée.

Les autres organes sont sains.

La malade n'a pas d'appétit et n'a de goût pour aucun aliment. Haleine fétide, digestion assez bonne, diarrhée, jamais de *melæna*.

La malade a maigri et s'est très affaiblie, dans ces derniers temps.

L'opération est pratiquée en août 1897, par un jeune chirurgien, dans le service de M. Tuffier. Éthérisation. Laparotomie. Le petit bassin et la fosse iliaque gauche sont remplis par des adhérences, au milieu desquelles il est difficile de reconnaître les anses intestinales. Les adhérences se déchirent cependant aisément; on parvient à s'y reconnaître et on s'aperçoit que toute la moitié supérieure de l'S iliaque et la vessie sont envahies par un néoplasme qui fait de ces organes une masse unique, de surface arrondie, irrégulière, atteignant en volume celui du poing, dure par endroits et ramollie par d'autres, masse qui semble assez bien limitée pour qu'on

songe à l'extirper. On se décide donc à réséquer la plus grande portion de l'S iliaque et la face postérieure de la vessie. La portion malade de la vessie, une fois excisée, on reconstitue ce réservoir par une rangée de points séparés au catgut. Passant à l'intestin, l'anastomose de ce qui reste de l'S iliaque avec le rectum paraissant impossible, à cause de l'immobilisation de ces organes au milieu des adhérences voisines, on songe à attirer vers la ligne médiane le cæcum qui est très mobile et à l'anastomoser avec le rectum. L'opération se fait assez facilement. Suture termino-latérale, qui ne paraît pas devoir être tirillée plus tard. Fermeture du côlon descendant en cul-de-sac et fermeture de la paroi à trois étages.

Le lendemain de l'opération, la malade est prise de vomissements; le ventre se ballonne et devient douloureux. Pendant 48 heures, ces phénomènes vont en s'accroissant: il ne sort ni gaz ni matières par l'anus. Pensant à une occlusion intestinale, on fait un anus artificiel dans la région inguinale gauche. Il sort des matières et des gaz, mais la malade meurt 12 heures après l'opération, dans le collapsus.

A l'autopsie, on s'aperçut que, lors de la première opération, au lieu d'aboucher le rectum dans le cæcum, en fermant le côlon descendant, c'était ce dernier qu'on avait anastomosé au cæcum et le rectum qu'on avait occlus, créant ainsi un *circulus vitiosus* auquel était venu mettre terme un anus artificiel portant sur la partie inférieure de l'intestin grêle.

Si grossière que puisse paraître tout d'abord l'erreur commise, elle n'est pas étonnante, si on songe à la profondeur à laquelle on opérait et avec quelle facilité on pouvait confondre les deux bouts du côlon descendant au milieu de la masse d'adhérences qui occupaient le bassin.

L'examen de la pièce extirpée au cours de la première laparotomie, montra qu'on avait affaire à un cancer de l'S iliaque, avec propagation à la vessie; le cancer qui s'était peu à peu ramolli et ulcéré en son centre, au point de créer, à un moment donné, une communication entre les cavités vésicale et intestinale.

OBSERVATION XXVI

(PÉRON)

Malade de 36 ans (H.), vient parce qu'il rend des matières par l'urètre. Vu en juillet, il n'a pas eu une seule selle depuis le mois d'avril; il n'a émis par le rectum que quelques gaz.

D'ailleurs, il endure d'atroces souffrances; ses urines sont sanguinolentes et les matières les convertissent en une sorte de boue. Aussi, pour éviter ces évacuations pénibles, le malade a-t-il restreint son alimentation et se nourrit-il exclusivement de lait.

Autopsie. — Cancer de l'S iliaque. Au-devant de la masse, se trouve un cloaque que ferment par en haut des masses agglutinées et des fausses membranes. Des bourgeons cancéreux, qui s'y avancent, pénètrent de dehors en dedans plusieurs anses. L'une d'elles, ulcérée, déverse son contenu dans la poche. A la partie inférieure de celle-ci, un bourgeon ayant envahi la vessie, a déterminé sur elle une perforation.

La muqueuse vésicale est épaissie, chroniquement enflammée, avec des érosions et des ulcérations qui atteignent la sous-muqueuse.

L'uretère droit est enflammé, le gauche un peu dilaté.

Les reins sont à peu près sains; le gauche seul a deux à trois abcès en voie de formation.

Un petit foyer récent de broncho-pneumonie tuberculeuse.

OBSERVATION XXVII

(GANGOLPHE)

Homme de 38 ans, est pris de phénomènes douloureux dans la région hypogastrique, de gêne dans la défécation.

Une tumeur se montre à cet endroit et prend l'allure phlegmoneuse. On incise et on trouve des masses d'aspect myxomateux siégeant sur le gros intestin. Le malade est soulagé; l'anus contre nature ne donne pas issue à la totalité des matières.

Secondairement, phénomènes de cystite. Pénétration du néoplasme dans la vessie. Issue de gaz, de pépins de raisins par le méat. Douleurs atroces. Le malade se cachectise.

Le flanc gauche est le siège d'une ulcération à bords fongueux, bourgeonnants, par où sortent des matières

Mort six à sept mois après le début de la maladie, en mars 1893.

OBSERVATION XXVIII

(HARTMANN)

Le début se fait en avril 1904, par des troubles dyspeptiques et une diarrhée sanguinolente.

En septembre, l'état général se met à décliner rapidement, et les phénomènes intestinaux deviennent plus aigus, puis survient une accalmie.

En janvier, le caractère diarrhéique et glaireux des selles s'accentue. A ce moment, on note des difficultés de la miction. C'est à cette époque que se place une crise douloureuse spontanée, les douleurs se localisent à gauche, puis, s'irradiant de là jusqu'au périnée et à l'hypogastre, en donnant des sensations de constriction, analogues à la morsure d'une tenaille. Cette crise dure quinze jours, puis lui succède une amélioration sensible.

Au mois d'avril, des douleurs violentes refont leur apparition, avec douleurs de la miction.

Le 9 juillet, le malade perd par l'urètre quelques petits caillots de sang, avec un peu d'urine. Quelques minutes après, par la même voie, et en trois fois, il rejette 250 grammes de sang et de pus. Dans la période précédant cet incident, la température vespérale s'élevait à 38°5 à 39°4.

Depuis, les douleurs ont disparu. Les urines de la nuit sont plus claires que celles du jour. Le malade expulse des gaz sonores par l'urètre.

Les selles ne sont plus glaireuses. La constipation a réapparu.

En août, les urines deviennent plus troubles. Le 29 du même mois, on y constate la présence de matières fécales et on y reconnaît indubitablement des débris alimentaires, notamment des peaux de prunes.

Le 3 septembre, on pratique une *colostomie iliaque*.

Le 13 octobre, on note que tous les troubles urinaires ont disparu.

En novembre, expulsion, à plusieurs reprises, par l'urètre, de fragments de tumeur, mais on n'a plus remarqué de matières ou de gaz. L'examen des fragments montre qu'il s'agit d'adénocarcinome typique.

La mort survient en mai 1906.

OBSERVATION XXIX

(BÉRARD et MURARD)

B... Louis, 60 ans, marchand de bois, le 22 janvier 1911.

Ce malade vient, parce qu'il souffre, depuis six mois, de troubles gastro-intestinaux.

Le début se fait en juillet 1910, par des coliques assez vives, accompagnées de selles nombreuses, deux ou trois chaque jour, d'autant mieux remarquées que le malade était auparavant un constipé.

Le 20 septembre apparaît la pyurie; dès ce moment, les coliques deviennent plus douloureuses, et la diarrhée s'installe.

Trois mois après, le 20 décembre, la diarrhée devient si intense que, selon les dires du malade, il se présente à la selle jusqu'à vingt fois par jour.

Les matières sont quelquefois enrobées de glaires, mais il n'y trouve pas de sang. Aux douleurs intestinales, devenues plus violentes, se joignent des douleurs de la miction. Celle-ci est fréquente, les urines émises, en petite quantité, sont troubles.

Le malade a beaucoup maigri. Depuis le mois d'août, il a perdu 15 kilos.

Quand on palpe son ventre, on remarque que la paroi est en état de défense. Au-dessus du pubis, mais surtout du côté droit, on perçoit un empâtement arrondi, donnant la sensation d'un globe vésical distendu. Cette masse est douloureuse, et le cathétérisme de l'urètre permet de constater qu'il ne s'agit nullement d'une vessie pleine de liquide.

L toucher rectal est négatif. On sent quelques ganglions bilatéraux à l'aîne, mais sans caractère spécifique. Weber positif.

L'exploration de la vessie indique une capacité très réduite ; la muqueuse vésicale est très sensible. On retire des urines très purulentes. M. Gauthier, à qui on a demandé de faire une cystoscopie, trouve l'urètre d'un calibre 19, ce qui est insuffisant pour son cystoscope (N° 24) et décide de faire quelques séances de dilatation.

Le 31 janvier, en sondant le malade pour laver sa vessie, on a l'impression que la sonde se bouche, et en la retirant, on voit à son extrémité un bouchon de matières fécales.

Le soir, le malade prend une élévation de température, un accès de fièvre urinaire, avec claquements de dents. Il a la langue saburrale, n'avale qu'avec difficulté.

Le 2 février, on remarque que des gaz sortent mélangés à l'urine.

Le 4 février, laparotomie exploratrice. On sent une masse emprisonnant le côlon iliaque, la vessie et même une anse grêle. Il est impossible de rien tenter.

Anus contre nature. Mais le malade, affaibli ne tarde pas à succomber.

Autopsie. — Il s'agit d'un néoplasme de l'S iliaque, coiffant le sommet de la vessie, et ayant englobé une anse grêle.

La perforation vésicale, de la dimension d'un gros crayon, siège sur le pôle supérieur, et s'ouvre de la masse même de la tumeur.

Les reins présentent des lésions assez anciennes. De coloration pâle, les dimensions de la substance corticale sont très diminuées ; les éléments sont difficilement reconnaissables à l'œil nu.

OBSERVATION XXX

(BÉRARD et MURARD)

H., 53 ans. Constate, depuis deux ans, un amaigrissement progressif à la suite d'une crise qualifiée d'appendicite, il y a quatre ans.

Depuis huit mois, diarrhée sanguinolente et glaireuse.

Depuis quatre jour, subobstruction. Tympanisme modéré, persistant malgré l'emploi de laxatifs.

Au palper, dans la fosse iliaque gauche, on perçoit une masse profonde, assez limitée, que l'on sent, d'autre part, à bout de doigt par le toucher, à travers la paroi rectale. Peu mobile, en tout cas pas assez pour que l'on tente l'ablation d'emblée, et même pour affirmer la possibilité de l'enlever après l'établissement d'un anus contre nature d'attente.

Pendant quinze jours, régime spécial liquide, avec laxatifs et légère purgation à l'huile de ricin, qui réduit au minimum le tympanisme et permet de délimiter encore mieux la tumeur iliaque profonde.

Le 17 octobre, en position de Trendelenburg, la laparotomie sous-ombilicale médiane montre un néoplasme recto-sigmoïdien du volume d'une orange, avec son méso infiltré de ganglions, déjà adhérent à la vessie vers son pôle supérieur et sa face postérieure. (Le malade avait, depuis quelques jours, des mictions un peu plus fréquentes, mais sans albumine.)

D'autres ganglions sont perceptibles à quelque distance et on trouve, sur l'épiploon, quelques tâches blanchâtres, avec induration suspecte. Dans ces conditions, l'S iliaque est fixé, à mi-distance entre l'ombilic et le pubis, sans que l'on attire au dehors l'anse complète, dont le méso, court et induré, s'oppose à une grande mobilisation.

Deux jours après, ouverture de l'anse par la création d'un anus contre nature. Suites simples, malgré une légère poussée de congestion pulmonaire.

Pendant trois mois, pas d'accidents, l'anus contre nature fonctionne normalement. Quelques matières passent encore par en bas. Le malade reprend même ses occupations.

Vers le 15 janvier suivant, après deux jours de crise vésicale avec quelque gêne de la miction, émission d'urines troubles, sales, d'odeur fécaloïde. Un cathétérisme, pratiqué par M. Bérard, ramène un liquide brunâtre, d'odeur caractéristique. Il y a communication entre la vessie et l'ulcération néoplasique de l'intestin. Malgré une antiseptie vésicale minutieuse, une cystite assez intolérante s'installe, avec quelques douleurs dans les deux régions rénales. Bien que le malade se déclare soulagé au bout de deux semaines, la cachexie progresse rapidement. Les matières s'échappent surtout par l'anus contre nature, mais il s'en écoule aussi par l'anus naturel et la vessie.

Jusqu'au 24 février, la situation est stationnaire, pourtant avec perte d'appétit et amaigrissement considérable. La vessie est encombrée par des matières demi-solides, malgré les lavages, bi-quotidiens à l'eau bouillie, suivis d'instillation à l'huile goménolée.

Le 27 février, crise de coliques périombilicales particulièrement douloureuses, avec tympanisme progressif. Puis, vomissement, accélération du pouls, sans grande réaction fébrile. Après quelques heures de douleurs, tout se calme, mais le ballonnement persiste, le pouls devient incomptable, les extrémités se refroidissent.

Le malade succombe le lendemain, certainement de péritonite par perforation. Pas de nécropsie possible.

OBSERVATION XXXI

*Cancer de l'anse sigmoïde propagé à la vessie et diagnostiqué
au moyen de la cystoscopie
(Hôpital Cochin)*

D... Eugène, salle 4, n° 20. Cystoscopie, 8 mai 1912. La vessie a une bonne capacité, la région du trigone est rouge, un peu enflammée; sur la partie latérale gauche du dôme vésical, existe une plaque où la muqueuse est plissée plus saillante, présentant à ce niveau une série de végétations,

ayant l'aspect de petits polypes placés côte à côte.

18 mai 1920. — Laparotomie. Après l'incision sus-pubienne et la découverte de la face antérieure de la vessie, on reconnaît, en haut et à gauche de la vessie, une masse dure de la taille d'une petite orange et qui adhère intimement à cette vessie. Celle-ci est ouverte, on voit que cette masse ne fait aucune saillie à son intérieur; mais la paroi vésicale lui adhère, a perdu sa mobilité et sur le centre de cette zone d'adhérence, présente cet aspect polypiforme vu à la cystoscopie. La masse néoplasique est développée aux dépens de l'anse sigmoïde; pour la libérer, il suffit de découper une calotte vésicale ayant environ 5 centimètres de diamètre qu'on laisse adhérente à la tumeur. Le côlon pelvien peut alors être relevé et extériorisé, et la résection intestinale est faite dans de bonnes conditions.

Les résultats de cette extirpation furent bons; en décembre 1916 le malade venait se plaindre d'une éventration sus-pubienne, dont il réclamait la cure; et au bout de plus de quatre ans on put constater qu'il n'avait aucune récurrence intestinale ni vésicale; mais en refermant la paroi, on trouva une petite masse épithéliale dans l'épaisseur d'un muscle droit, métastase qui emporta la malade quelques mois plus tard.

OBSERVATION XXXII

(HARVIER et MARION)

Cancer de l'anse sigmoïde propagé à la vessie

M. P..., âgé de quarante-deux ans, obèse, se plaint depuis dix-huit mois de troubles abdominaux, consistant en coliques, selles fréquentes, glaireuses, purulentes.

25 décembre 1920. — Le malade qui avait maigri, perdu l'appétit, est pris d'une fièvre violente à 39° et 40°, qui tombe au bout de trois jours, en même temps qu'apparaît de la pyurie.

10 janvier 1921. — La défervescence n'a duré qu'une huitaine de jours, la température remonte pendant une semaine et la pyurie persiste, et il y a une diarrhée fétide.

Fin janvier, le malade reprend sa vie normale.

24 mars 1921. — Coliques violentes, melæna; puis les douleurs disparaissent. C'est alors que l'on pense à des troubles intestinaux d'origine hépatique. Mais, en avril, de nouveaux accès fébriles, des douleurs de cystite, calmées par des lavages de vessie, quelques hématuries terminales font penser à de la pyélonéphrite, bien que l'exploration ne révèle ni douleur, ni augmentation de volume des reins.

18 mai 1921. — M. Marion pratique une cystoscopie. Les urines sont très troubles, épaisses; à la partie supérieure de la vessie existe une masse bourgeonnante. Le cathétérisme urétéral recueille des deux côtés des urines absolument limpides. Le malade, interrogé alors, dit que depuis ~~quelque~~ temps, il rend des gaz par l'urètre.

Conclusions.

I. — Les cancers de l'anse sigmoïde propagés à la vessie sont relativement fréquents. Les fistules consécutives à cet envahissement représentent 14,73 % des fistules vésico-intestinales.

II. — Toutes les formes anatomo-pathologiques de cancer sigmoïdien peuvent donner des propagations et des fistules. Elles se font par continuité et apparaissent tardivement, à l'inverse des adhérences inflammatoires. Elles revêtent soit le type de simple communication sans trajet, soit avec trajet fistuleux, soit enfin par l'intermédiaire d'un diverticule sigmoïdien.

III. — La symptomatologie en est surtout marquée par des phénomènes douloureux, des troubles de la miction, un retentissement de la sécrétion urinaire et surtout des données cystoscopiques de la plus grande importance, lorsque la fistule est constituée. La fécalurie, la pneumaturie et accessoirement la miction anale, jointe à l'altération de l'état général, signent la communication anormale.

IV. — Le traitement, rarement radical et applicable seulement alors aux envahissements partiels, peut être, après anus préalable, la résection de la partie envahie de la vessie, puis l'exérèse de la tumeur intestinale. C'est une opération extrêmement grave, entraînant une très grosse mortalité. Le plus souvent, et toujours, lorsqu'il s'agit d'envahissement large de la vessie, on aura recours à un traitement palliatif, l'anus contre nature.

Dans les cas de compression urétérale, on pourra recourir à la néphrostomie pour rétablir le cours de l'excrétion urinaire ; la cystostomie est généralement à rejeter.

De toutes façons, il faut adjoindre un traitement général et symptomatique des douleurs.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
TIXIER.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 3 Mai 1924
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

Bibliographie.

1. ALEM (Ch.). — Etude sur la pneumaturie (émission de gaz par l'urètre). *Thèse Paris*, 1884.
2. AMBLARD (Léon). — Cancer latent des côlons. *Thèse Montpellier*, 1920.
3. ASSIRE (Edgar). — Traitement du cancer de l'S iliaque par la résection suivie de suture circulaire. *Thèse* 1908.
4. BÉRARD et MURARD. — *Lyon Chirurgical*, t. VII, n° 1, 1^{er} janvier 1912, p. 1.
5. BLANQUINQUE (P.). — Etude sur les fistules vésico-intestinales. *Thèse Paris*, 1870.
6. BOAS. — Rapport du II^e Congr. de Médecine int. de Berlin, 1900, in *Deutsch. Mediz. Wochenschr.*, 1900, p. 115.
7. CHAVANNAZ. — Sur la cure radicale du cancer du gros intestin, rectum excepté. *Thèse de Bordeaux*, 1894-1895, n° 21.
— Des fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, nov. 1897, p. 1176.
8. GLOGG. — Cancer of the colon: a study of 72 cases. *The Lancet*, 1908, 3 art., t. II, n° 4440, p. 1007.
9. CRAMER. — *Münch. Mediz. Wochenschr.*, juin 1902, p. 993.
10. CRISS. — Rapporté par Chavannaz, p. 1305.
11. CZERNY et PETERSEN. — Jahrensbericht der Heidelberg. Chir. Klinik für das Jahr, 1901 (Supplém. du XXV^e vol. des Beit. f. Klinik Chir.).

12. DE BOVIS. — Le cancer du gros intestin, le rectum excepté. *Revue de Chirurgie*, 1900, t. XXI, p. 763.
13. DON. — *Edimburg. Med. Journal*, n° 3, t. IV; n° 5, mai 1910; p. 414.
14. DUVAL (Paul). — *Gazette des Hôpitaux*, 1913; pp. 1997-2061.
15. DUVAL (Pierre). — *Gazette des Hôpitaux*, 1902; *Thèse de Paris*, 1902 : Les cancers du côlon pelvien.
16. GRAUL. — *Archiv. f. Verdanungs kranckeiten*, 1903, t. IX, p. 408.
17. HARTEMANN. — *Chirurgie anatomo-clinique, chirurgie de l'intestin*, Steinheil, 1907; *Chirurgie de l'intestin*, p. 358.
18. HEYNE. — Cité par Bérard et Murard, *Lyon Chirurgical*, t. VII, N° 1, 1^{er} janvier 1912, p. 1.
19. JOUFFRAY. — Formes cliniques du cancer du gros intestin, rectum excepté, *Thèse de Lyon*, 1906-1907, N° 148.
20. KOLICHER (Chicago). — *Journal d'Urologie*, t. XI, 1921, p. 168.
21. KONIG. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1896, t. XL, p. 905, et *Chirurg. Kongress*, 1890, t. XIX, p. 104.
22. LECÈNE. — Sur la résection du côlon droit : *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1921, p. 592.
23. LEJARS. — *Revue de Gynécologie et de Chir. abd.*, 1897, N° 6, p. 1029.
24. MATHIEU (A.). — *Gazette des Hôpitaux*, 1913, N° 60, p. 981.
— *Gazette des Hôpitaux*, 1913, Cancer du côlon pelvien, p. 1077, p. 2050.
— *Journal de Médecine de Paris*, 1912, N° 44, p. 835.
25. MICHON (E.). — L'utilité de la cystoscopie dans certains néoplasmes de l'anse sigmoïde. *Journal d'Urologie*, 1921, t. XI, p. 463.
26. OKINCZYK. — *Cancer de l'intestin*, 1923.
27. PAPIN. — L'anurie dans le cancer du rectum, *Revue de Gynécologie*, t. XII, 1908, p. 675-684.
28. PATEL. — *Congrès de Chirurgie*, 1913 : Chirurgie du côlon pelvien.

29. PASCAL. — Des fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme et chez la femme, *Thèse de Paris*, 1899-1900, N° 180.
30. PETIT et MERLE. . . *Soc. Méd. des Hôpitaux*, mai 1908, p. 654.
31. PUTIGNAT. — Essai de monographie sur les fistules côlo-intestinales non traumatiques. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 28 juillet 1876, p. 467.
32. QUÉNU et DUVAL (Pierre). — Le cancer du côlon pelvien. *Société de Chirurgie*, 1898.
32. RAKITCH THIOMIR. — *Thèse de Lyon*, 1923 : De la propagation des cancers de l'intestin sur la vessie.
33. RICHARDSON. — Cité par Chavannaz, id., p. 1303.
34. TAVIGNOT. — *Expérience*, 1842, p. 321. Cité par Chavannaz. *Annales des maladies des organes urinaires*, 1897, p. 1310.
35. TUFFIER et DUMONT. — Des fistules vésico-intestinales chez la femme. *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, 1898, p. 441.
36. WALSHAM. — *The Lancet*, 1901, 17 août, p. 433.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	7
Etiologie	10
Topographie du cancer sigmoïdien	12
Anatomie pathologique	15
Généralités	15
I. — Réactions anatomiques du cancer du	
côlon	16
II. — Etude macroscopique du cancer du	
côlon	18
III. — Etude microscopique du cancer du	
côlon	19
Symptômes	21
I. — Symptômes intestinaux	21
II. — Symptômes vésicaux	26
Complications	36
Diagnostic	40
Traitement	45
I. — Indications opératoires	45
II. — Le traitement non opératoire	49
Observations	50
Conclusions	103
Bibliographie	105

